



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

¿PSICOSIS INFANTIL O REACCIÓN DISOCIATIVA?

Beatriz Torres Blanco

DNI: 71154467B

TUTOR: Dr. José Manuel Martínez Rodríguez.

Curso académico: 2016-2017

1. ÍNDICE

Índice.	Pág. 1
Resumen	Pág. 2
Justificación del trabajo.	Pág. 2
Material y métodos.	Pág. 2
Trastornos disociativos en la infancia y la adolescencia.	
• Fenómenos sensoperceptivos y estados de conciencia a lo largo del desarrollo evolutivo.	Pág. 3
• Trastorno disociativos en la infancia y adolescencia.	Pág. 4
• Trastornos psicóticos en la infancia y adolescencia	Pág. 6
Caso clínico.	
• Motivo de consulta.	Pág. 7
• Historia de la enfermedad actual.	Pág. 8
• Antecedentes personales y familiares.	Pág. 8
• Desarrollo evolutivo.	Pág. 8
• Dinámica del grupo familiar.	Pág. 9
• Exploración psicopatológica.	Pág. 9
• Rasgos de la personalidad.	Pág. 12
• Pruebas complementarias.	Pág. 12
• Juicio clínico	Pág. 14
• Diagnóstico diferencial.	Pág. 14
• Diagnóstico definitivo	Pág. 17
• Orientación y tratamiento.	Pág. 17
• Evolución.	Pág. 17
Discusión y conclusiones.	Pág. 19
Referencias y bibliografía.	Pág. 19
Anexos.	Pág. 21
Póster en miniatura	Pág. 24

2. RESUMEN

Apoyándonos en un caso seleccionado y la revisión de la bibliografía más reciente sobre los Trastornos disociativos y las Psicosis en la infancia y la adolescencia y las alteraciones sensorio-perceptivas propias del desarrollo, se analizan detenidamente las características de dichas categorías clínicas y las dificultades a la hora de realizar el diagnóstico diferencial. Se extraen finalmente una serie de conclusiones orientadas a realizar un diagnóstico correcto debido a la importancia de una atención precoz e individualizada y a la disparidad del pronóstico en cada una de las condiciones citadas.

3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.

Existe una notable dificultad a la hora de realizar un diagnóstico diferencial entre los fenómenos sensorio-perceptivos propios del desarrollo y la sintomatología propia de las Psicosis o de los Trastornos disociativos durante la infancia o la adolescencia. Varios estudios indican que entre un 25 y un 45% de los pacientes con un trastorno de identidad disociativo en la infancia reciben de forma incorrecta un diagnóstico de esquizofrenia¹. Es importante remarcar por otra parte que la mayoría de niños con alucinaciones no son esquizofrénicos.

Los síntomas disociativos son con frecuencia mal diagnosticados y confundidos con otros trastornos, por lo que existe la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial principalmente con patologías como la esquizofrenia, trastornos afectivos bipolares, trastornos de ansiedad generalizados, TDAH, etc., entre otros, con el fin de realizar un tratamiento correcto y adecuado que guíe al paciente hacia el estado de salud.

Estudiaremos la diferencia entre síntomas psicóticos, síntomas disociativos y los aspectos evolutivos que se asemejan a síntomas psicóticos, como por ejemplo la presencia de compañeros imaginarios (CI), los cuales según Peterson et al Putnam² están presentes en el 56% de pacientes con trastornos disociativos. Por otra parte un porcentaje sustancial (33-66%) de los niños normales entre las edades de 3 y 10 años tienen compañeros imaginarios. Existen datos que confirman que los compañeros imaginarios de los niños con trastornos disociativos difieren de los CI de los niños sanos. También abordaremos las diferencias sintomatológicas con los "identidades lúdicas elaboradas".

En este sentido, resulta relevante realizar un trabajo de diagnóstico diferencial minucioso en pacientes pediátricos que en un primer momento pueden confundirse con una psicosis.

4. MATERIAL Y MÉTODOS.

Al objeto de realizar el trabajo se seleccionaron cinco casos con alteraciones sensorio-perceptivas de origen dudoso, en las que se descartó el consumo de tóxicos, que precisaban

un diagnóstico diferencial cuidadoso y que fueron atendidas entre 2015 y 2017 en el Equipo Infantojuvenil del Servicio de Psiquiatría del Hospital Río Hortega de Valladolid. La selección del presente caso para efectuar el trabajo se hizo siguiendo criterios de duración de la observación clínica y de pruebas realizadas: se trataba del caso en el que el seguimiento fue más prolongado, y que estaba mejor documentado.

Para realizar el trabajo se revisó la bibliografía más reciente sobre el tema, se estudiaron los antecedentes, tanto personales como familiares, el desarrollo evolutivo a lo largo de dos años, la dinámica del grupo familiar, la exploración tanto física como psicopatológica, y se aplicaron una batería de pruebas complementarias. Se realizó un diagnóstico diferencial con diversas patologías psicóticas y con fenómenos normales del desarrollo. Se siguió al paciente a lo largo de dos años para comprobar la evolución clínica y los resultados del tratamiento.

5. TRASTORNOS DISOCIATIVOS Y PSICÓTICOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

5.1. FENÓMENOS SENSORIOPERCEPTIVOS Y ESTADOS DE CONCIENCIA A LO LARGO DEL DESARROLLO EVOLUTIVO.

Papel de la fantasía y la imaginación.

Según Putnam³, el juego de fantasía es un continuo entre la realidad y la no-realidad, que aparece durante la etapa preescolar del niño, coincidiendo con la adquisición del funcionamiento simbólico. El niño consigue la capacidad de manejar múltiples roles para afrontar la realidad, constituyendo capacidades evolutivas metacognitivas esperables en un niño normal. Existen diversas hipótesis que plantean un desarrollo progresivo desde la ausencia de frontera entre la realidad y la no-realidad, pasando por un estadio de frontera borrosa, hasta la adquisición de un límite rígido que se traduce en la adquisición del control volitivo. El paso final es el desarrollo de un límite integrado, lo que significa que el niño puede fácilmente diferenciar, controlar e integrar los reinos de fantasía y realidad.

Compañeros imaginarios.

Existe una teoría que defiende que los trastornos disociativos evolucionan a partir de CI elaborados en un proceso de autodefensa en niños traumatizados⁴. Varios estudios muestran una mayor prevalencia de compañeros imaginarios en niños con trastornos disociativos, pero a diferencia de estos, los niños normales son capaces de distinguir la irrealidad de sus CI, siendo éstos personajes benignos que pueden ser llamados según su voluntad y que les ayudan en momentos de soledad. En contraposición con la vivacidad y función protectora de los CI, los pacientes con un trastorno disociativo experimentan estos perso-

najes a veces como abusadores, y en múltiples ocasiones se trata de personajes que simulan miembros de su familia. Por otra parte en los pacientes con trastorno disociativo estos fenómenos sensorio-perceptivos desaparecen más tardíamente.

Identidades lúdicas.

Son fenómenos muy relacionados con los compañeros imaginarios. Los niños normales en ocasiones desarrollan una identidad particular a partir de situaciones de juego. Esta con frecuencia presenta poderes mágicos o ciertas habilidades especiales. Cuando el niño adopta esta identidad puede trasladarla a otros momentos de su vida, comportándose de manera específica y llegando a cambiar incluso su forma de hablar y comportarse.

Fantasías diurnas.

Se trata de episodios de fantasía elaborados e invocados en repetidas ocasiones de forma voluntaria y a menudo en contextos específicos como por ejemplo la masturbación. Durante estas fantasías la persona es capaz de crear una historia lineal enriqueciendo progresivamente las fantasías anteriores. Este fenómeno puede llegar a representar una porción significativa de la vida mental del individuo. Como ocurre en otros casos es difícil trazar el límite que excede la normalidad.

Cuando un niño con trastornos disociativos entra en uno de estos estados de fantasía, los observadores le describen como "cerrado" conductualmente, con la mirada vacía, simulando un trance. El niño puede acurrucarse en posición fetal o mecerse.

Tendencia a la fantasía y tendencia a la disociación patológica.

Wilson et al y Barber⁵ definieron la propensión a la fantasía en individuos que viven la mayor parte del tiempo en un mundo de su propia creación, en un mundo de imaginación y fantasía. La tendencia a la fantasía se correlaciona estrechamente con la propensión a la disociación patológica y con historias de maltrato.

Trastornos sensorio-perceptivos similares a los psicóticos en el desarrollo evolutivo.

Un verdadero problema en la psiquiatría pediátrica estriba en diferenciar los verdaderos fenómenos psicóticos, de los no psicóticos propios del neurodesarrollo del niño, las percepciones causadas por retrasos en el desarrollo o la exposición a eventos traumáticos.

5.2. TRASTORNO DISOCIATIVO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Existen dos formas de entender y clasificar la disociación: un enfoque dimensional o un enfoque categórico.

Dentro de un enfoque dimensional, la disociación puede conceptualizarse como un proceso psicológico complejo que ocurre en un continuo que va desde la disociación normativa

menor (por ejemplo, soñar despierto) hasta condiciones psicopatológicas severas (por ejemplo, MPD). Entre estos dos extremos se da un continuo de grados de disociación.

El enfoque categórico se refleja en los sistemas de clasificación internacionales DSM-V y CIE-10^a. En ellos la disociación patológica mental se define como "una interrupción en las funciones generalmente integradas de la conciencia, la memoria, la identidad y / o la percepción del medio ambiente".

La disociación como fenómeno normal es una estrategia adaptativa que toda persona utiliza para reducir la ansiedad en situaciones de estrés. En traumatismos repetidos o de larga duración, se ponen en juego una serie masiva de mecanismos de defensa para ayudar al niño a soportar los eventos insostenibles.

La prevalencia de los trastornos disociativos en la sociedad actual se encuentra en un 2-3%⁶, aunque para algunos autores la cifra se eleva hasta el 10% para el conjunto de los trastornos disociativos. La disociación puede aparecer de forma aguda o crónica. La incidencia de fenómenos disociativos después de un trauma severo es muy alta, aproximadamente el 73% de las personas expuestas a un incidente traumático experimentarán estados disociativos durante el incidente o durante las horas, días o semanas posteriores. Sin embargo, para la mayoría de las personas estas experiencias desaparecerán por sí mismas en algunas semanas.

El Modelo DBS de Disociación (Discrete Behavioral States) de Putnam.

Este modelo defiende la idea de que la maduración conductual y cognitiva se refleja en la incorporación progresiva de nuevos estados de comportamiento, en el reemplazo o refinamiento de los anteriores en el desarrollo y en la creación de nuevas conexiones y caminos conductuales, incrementándose la flexibilidad del comportamiento y el autocontrol volitivo. De esta manera el niño va adquiriendo un mayor sentido de autonomía y resulta más resistente y más capaz de recuperarse de las interrupciones del estado conductual.

Genéticamente se definen unos límites conductuales disponibles para cada individuo, los cuales se ven muy influenciados por factores culturales, de hecho, se defiende la existencia de "estados disociativos" específicos de cada cultura.

Por último en este modelo se tiene en cuenta el papel del ecosistema familiar. El niño mediante la imitación, la introspección y la identificación incorpora como propios aspectos de la conducta de los padres. Por otro lado el niño adopta ciertas conductas dependiendo de los cambios de personalidad de sus progenitores. Ellos son los responsables de ayudar a los niños a conectar sus experiencias pasadas con eventos presentes y futuros y sus consecuencias. Todo esto es muy difícil en caso de que los padres presenten un trastorno di-

sociativo, pues son protagonistas de una descontextualización de la experiencia y la memoria y presentan grandes dificultades para proporcionar a sus hijos la constancia de la experiencia que necesitan en las edades más tempranas, impidiendo así la existencia de una fuente importante de estabilidad.

Tratamiento.

Al igual que en adultos se sigue el modelo de tres fases desarrollado por Herman en 1992. En la primera fase, de estabilización, el niño necesita afianzarse lo suficiente antes de poder enfrentarse a sus recuerdos traumáticos y comenzar el procesamiento del trauma. El niño necesita ser capaz de hacer frente al estrés que está asociado con estos recuerdos traumáticos y utilizar sus habilidades para pensar y evaluar. En la siguiente fase, los recuerdos traumáticos se procesan. En la última fase, de integración, el niño trabaja para mejorar estrategias de afrontamiento y afrontar el estrés con el fin de prevenir futuros traumas y continuar la vida de una manera más funcional. El tratamiento se realiza con el niño y los padres. Por otra parte es necesario realizar un tratamiento sintomático de la ansiedad, distorsiones perceptivas, depresión asociada y trastornos del comportamiento, mediante la utilización de Ansiolíticos, Antipsicóticos, o Antidepresivos en función del cortejo sintomático asociado al trastorno principal.

5.3. TRASTORNOS PSICÓTICOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Las Psicosis infantiles son trastornos con grave alteración de la prueba de realidad que lleva asociadas alteraciones de la sensopercepción, del pensamiento, del comportamiento, etc., con un efecto negativo sobre el desarrollo. Los trastornos psicóticos son raros en los niños pero, de estar presentes, suelen ser más graves y existen evidencias de agregación familiar.

La prevalencia de la esquizofrenia es del 1% en la población general. Los varones desarrollan síntomas más frecuentemente y más temprano que las mujeres. Mientras que el inicio de trastornos psicóticos primarios antes de los 13 años es bastante raro (1 por 10.000), el inicio de trastornos psicóticos primarios antes de los 18 años generalmente se da en un 17,6 por 10.000⁷. La edad de inicio oscila entre los 15 y los 45 años de edad.

Durante la edad pediátrica el contenido de las alucinaciones y de las ideas delirantes está en estrecha relación con aspectos del desarrollo; por ejemplo, en los niños las alucinaciones son protagonizadas por monstruos, juguetes o mascotas y las ideas delirantes giran en torno a aspectos de la identidad y son menos complejas y sistemáticas que en los adultos. A medida que el niño crece, la complejidad de ambas va aumentando.

Tipos clínicos.

Esquizofrenia de inicio temprano: Se define como la esquizofrenia con inicio antes de los 18 años de edad. Se caracteriza por alucinaciones y delirios, a veces resulta en un discurso incoherente y cambios en el comportamiento.

Trastorno esquizoafectivo: Se caracteriza por periodos de manía o depresión asociados con síntomas psicóticos.

Trastorno Esquizofreniforme: Se caracteriza por tener síntomas de esquizofrenia de corta duración (1 a 6 meses) y generalmente evoluciona hacia esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Siendo frecuentes las alucinaciones y delirios.

Trastorno delirante: Se caracteriza por creencias falsas y fijas que han ocurrido durante un mes o más. Existen varios tipos de delirios: erotomaniaco, persecutorio, de grandiosidad, celotípico, entre otros. Es improbable que aparezca en niños y adolescentes.

Trastorno Psicótico Breve: Se define por presentar síntomas psicóticos al menos un día pero menos de un mes con un retorno completo a los niveles previos de funcionamiento.

Tratamiento.

El Tratamiento de la Esquizofrenia es Multimodal, abarcando medidas psicofarmacológicas, mediante fármacos antipsicóticos, tratamiento psicológico individual y en ocasiones familiar. El abordaje psicológico puede incluir psicoterapia individual y/o grupal para tratar de paliar los problemas emocionales que acarrea. Por otra parte es necesario realizar un trabajo de Psicoeducación que suministre información al paciente y a la familia sobre la etiología, los factores de riesgo, los tratamientos, medidas de rehabilitación, manejo de las crisis, etc. en orden a conseguir una buena cumplimentación de las prescripciones y prevenir recaídas. Uno de los pilares en el tratamiento psicosocial son las medidas de Rehabilitación psicológica y sociolaboral, que buscan la integración del paciente en la sociedad y la mejora de su autonomía.

6. CASO CLÍNICO.

6.1. MOTIVO DE CONSULTA.

Varón de 13 años que acude por primera vez al Centro de Salud Mental Infanto juvenil del Area Oeste de Valladolid el 5 de diciembre de 2014. Es llevado por sus padres, con los que vive junto con un hermano menor de 9 años. Vienen alarmados porque el paciente les ha comunicado recientemente su experiencia de vivir simultáneamente en dos mundos paralelos: el de realidad cotidiana y otro en el que se relaciona con una multitud de personajes a través de experiencias sensorperceptivas, visuales y auditivas con gran impacto emocional y conductual. El paciente había sido recientemente atendido en el Servicio de

Urgencias por un cuadro de llanto intenso, angustia e ideas de suicidio ante la imposibilidad de librarse de sus experiencias.

6.2. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL.

Las alteraciones sensorio-perceptivas se iniciaron en la segunda infancia, siendo desconocidas por su familia. El cuadro se hizo más intenso tras el suicidio de un primo de su madre el 15 de Noviembre de 2014. A lo largo del año 2015 el impacto emocional y comportamental de las alteraciones sensorio-perceptivas se fue incrementando progresivamente, su rendimiento académico empeoró y se deterioró la comunicación con su familia y su grupo de pares. Tras tener repetidas crisis de llanto y de angustia el paciente comunicó a su familia sus experiencias, y solicitaron consulta.

6.3. ANTECEDENTES PERSONALES.

Hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox. En la infancia temprana se le diagnosticó de TDAH siendo tratado durante varios meses con Metilfenidato el cual abandonó; hipercolesterolemia familiar. Tics transitorio.

6.4 ANTECEDENTES FAMILIARES.

Padre: 49 años. Es el menor de ocho hermanos. Diagnosticado de hipercolesterolemia.

Madre: 49 años. Es la tercera de cuatro hermanos, tres varones y una mujer. Diagnosticada de hipercolesterolemia y endometriosis.

Otros: Hermano de nueve años, sano. Abuela materna sufrió depresiones graves durante años. Primo materno: Suicidio con fármacos el 15-11-2014. Primo carnal: Superdotado, vive en Oviedo. Prima paterna: Diagnosticada de esquizofrenia. Tío paterno: Episodios depresivos con necesidad de tratamiento.

6.5. DESARROLLO EVOLUTIVO.

Etapas preverbal. Embarazo normal. Placenta previa. Parto eutócico, nació arreactivo. Irritabilidad durante el primer mes de vida. Mal comedor y persistencia de rabietas difíciles de controlar. Sin problemas de sueño o de alimentación.

Desarrollo psicomotor y del lenguaje. Deambulación autónoma a los 11 meses; adquisición del control de esfínteres y desarrollo del lenguaje dentro de la normalidad.

Desarrollo emocional. En la primera infancia se fascinaba con ciertas cosas, como los garajes. En la segunda infancia comenzó a verse diferente al resto de niños a los que catalogaba como "infantiles". Desarrolló tempranamente intereses propios de chicos de mayor edad. Elaboró una imagen dual de sí mismo: por un lado se sentía diferente, y a veces inferior, a otros chicos. Por otro lado albergaba fantasías de llegar a ser "alguien importante", quizá un gran científico. En la adolescencia sus fantasías y su comportamiento deno-

tan una necesidad importante de aprobación y de búsqueda de reconocimiento por parte de los demás.

Desarrollo intelectual. Ha seguido el ritmo académico durante las etapas de educación infantil, primaria y secundaria.

Desarrollo social. Mala socialización desde la infancia. A los tres años se incorporó al colegio experimentando el rechazo del resto de niños, algo que ha constituido una experiencia recordada en múltiples ocasiones y con probable valor traumático. A partir de los cinco años elaboró un amigo imaginario: un lobo. En la segunda infancia carencia de amigos estables. En la adolescencia sigue deprivado de amigos y se siente rechazado.

6.6. DINÁMICA DEL GRUPO FAMILIAR.

Los padres en el momento de la primera consulta estaban sumamente alarmados por la situación del paciente. Ninguno de los dos comprendía sus experiencias en un mundo paralelo. Estaban angustiados ante la situación y los estados regresivos de su hijo. El padre tendía a sobreestimar los errores de su hijo y le confrontaba con sus aspiraciones fantásticas.

La madre le presionaba para que mejorara en sus estudios, lo que les conducía a enfados. Confrontaba las fantasías de su hijo de vivir en Oviedo, ciudad en la que imagina que su mundo paralelo desaparecería. Estimulaba sin darse cuenta sus ideas de inferioridad (*“Se me cae la baba y mi madre dice que eso es de retrasados mentales”*). El hijo admiraba al padre, que había ganado torneos de ajedrez, y quería imitarlo. Por otra parte se mostraba dependiente de su madre, adoptando con ella una conducta regresiva e infantil.

6.7. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA.

En la primera entrevista el paciente entra ansioso, y comienza a hablar de sus preocupaciones antes de que sus padres expliquen la razón por la que vienen. Se tranquiliza cuando percibe que se escucha con interés y normalidad sus narraciones, estableciéndose un buen contacto emocional. Consciente, orientado autopsíquicamente y alopsíquicamente, atento a la entrevista, colaborador, no presenta problemas de lenguaje, ni problemas de control de impulsos. No trastornos de conciliación o mantenimiento del sueño.

Ideal de sí mismo exigente. Cuando se evalúa a sí mismo en relación con su ideal se infravalora. En la actualidad tiene problemas importantes de autoestima. En ciertos momentos emerge un sentimiento de inferioridad (*“Siento que tengo menos nivel que mis compañeros, soy menos listo, me cuesta más aprender”*). Pero en otros se entrega a fantasías compensatorias de superioridad que parecen contrarrestar las anteriores (*“Mi padre no sabe responder a mi preguntas ni resolver mis ejercicios de matemáticas avanzadas y*

temo hacerle daño preguntándole cosas que no sabe responder). Su madre afirma que siempre ha querido ser “alguien importante” probablemente en relación con la necesidad de aprobación y de búsqueda de reconocimiento por parte de los demás.

Tolera mal la frustración y sus fracasos. Trata de no cometer errores. Si comete equivocaciones no asume las críticas, reacciona ante ellas bien enfadándose o con ideas autodestructivas (*“No sirvo para nada, soy un mierda, no valgo”*). Incluso ha llegado a tener ideas suicidas ante los fracasos. Esto le ha llevado a evitar responsabilidades y desafíos académicos. En la actualidad presenta comportamientos evitativos reiterados. Por ejemplo, en lugar de estudiar las materias propias de su curso trata de entender las de cursos superiores, obteniendo posteriormente calificaciones bajas en los exámenes.

A veces le cuesta expresar su enfado ante su sentimiento de fracaso y recurre a comportamientos regresivos para expresarlo. En otras ocasiones sus errores trata de explicarlos imaginando enfermedades. Así, tiene preocupaciones hipocondriacas e ideas sobrevaloradas acerca de su memoria y concentración atribuyendo sus despistes a un problema orgánico. También le preocupa ser “diferente” a los demás niños de su edad.

En otras ocasiones evita el sentimiento de inferioridad mediante defensas disociativas. Por ejemplo, en diversos momentos del tratamiento ha presentado Amnesia disociativa, en la que se le “olvidan” temporalmente las tablas de multiplicar o sus conocimientos de cultura general. En esta situación también “olvida” regresivamente su capacidad para dibujar y empeora su ortografía, para las que tiene normalmente una gran facilidad.

Sus experiencias sensorceptivas desde un punto de vista psicopatológico son Pseudoalucinaciones⁸. Dice sentir que vive entre dos mundos: el de la realidad convencional y otra dimensión paralela en la que percibe y se relaciona con diferentes personajes. El paciente describe sus sensorcepciones visuales y auditivas como representaciones en un espacio mental proyectado al exterior en el que el tamaño de las figuras con las que se relaciona no es el mismo que el de las personas en la vida real: *“Son como un holograma”*. Sus experiencias pseudoalucinatorias visuales y auditivas presentan congruencia discursiva y un carácter infantil propio de los relatos de los cuentos y los dibujos animados. Los personajes que percibe están dotados de carácter e identidad particulares. Se relaciona principalmente con dos a los que denomina: “el maestro” y “el protestón”. Dice que anteriormente existía un tercero llamado “el musicón” que “fue atropellado por un coche”. Existen otros personajes que describe como personas con la “cabeza de corchea” y el cuerpo totalmente negro. Sus personajes le premian o castigan mediante un sistema de puntos, llegando a generarle gran angustia si le quitan puntos “de serenidad”. El pa-

ciente interactúa con ellos, les pregunta y solicita su ayuda. Siente que en general los personajes de sus experiencias sensorio-perceptivas visuales y auditivas le ayudan aconsejándole. Pero en otras ocasiones asegura que le controlan y que pueden bloquear su pensamiento. A lo largo del tiempo el carácter de los personajes fue transformándose en el sentido de ser cada vez más estrictos y punitivos. En ciertos momentos, incluso, siente que fueron agresivos, lo que le causó un gran impacto emocional (*“Hay algunos que me tienen odio y asco y me dicen cosas feas. Me tratan como si me quisieran matar...me echan muchas broncas si pierdo al ajedrez”*).

El paciente trata de hacer elaboraciones cognitivas que le permitan explicarse a sí mismo sus experiencias. No se trata de ideas delirantes. Más bien se trata de ensayos explicativos de los que duda, que carecen de certeza y que están abiertos a la argumentación lógica. En ocasiones piensa que son personas fallecidas que intentan revivir en su cabeza, otras dice que se trata de alienígenas que se comunican con él por telepatía y sospecha que pudieran estar en contacto con más gente razón por la que le ordenan que no hable con nadie sobre ellos. En algún momento para el paciente ambos mundos están conectados y lo que ocurre en su mundo paralelo repercute de forma directa en el mundo de la realidad convencional. Por ejemplo, en una ocasión tras una discusión de dos de sus personajes, se peleó con un compañero. Sin embargo estos pensamientos carecen de certeza delirante.

Sus pseudoalucinaciones tienen en la actualidad un gran impacto comportamental sobre él. Presenta desbordamiento emocional, especialmente cuando dice sentirse criticado por los personajes de su mundo imaginario. Describe frecuentes pesadillas en reiteradas ocasiones en donde sus personajes imaginarios le ayudan a abordar las situaciones que teme. Muestra en algunos momentos una actitud de desconfianza y teme confesar la magnitud de sus experiencias por las represalias que pudieran conllevar en su mundo paralelo. Dice que sus figuras imaginarias le han exigido que guarde secreto y le amenazan si no obedeciera sus órdenes.

En algunos momentos ha tenido ideas de muerte, e incluso suicidas, pero sin planes elaborados. En el momento de la primera consulta presenta tristeza, llanto, pesimismo, falta de energía. Son síntomas depresivos, en la que su ánimo se muestra reactivo y mejora cuando se siente apoyado o cuando viaja a Oviedo su ciudad natal. En estas estancias la presencia de sus primos con los que juega y no se siente diferente, le ayuda a mejorar su ánimo.

No tiene alteraciones de la Vivencia del Yo como eco, robo, inserción del pensamiento, ideas de influencia, pasividad o interpolaciones. En algún momento ha tenido la sensación de que los personajes de su mundo interno le bloqueaban su pensamiento. Sin embargo esta afirmación habría que ponerla en el contexto general en el que sus personajes tienen una función intrapsíquica para él: le animan, le tranquilizan, le dan consejos, etc.

6.8. RASGOS DE PERSONALIDAD.

Es inteligente, perfeccionista y ambicioso (“*Quiero hacer algo importante con mi vida*” “*Quieren que mi mente sea perfecta*”). Introspectivo, presenta dificultad para relacionarse con sus iguales, y afirma ser tímido. Dice que necesita ser entendido por los demás.

6.9. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

Análisis sanguíneos: hipercolesterolemia. Se adjunta en el ANEXO 1 un gráfico de evolución. Hipotiroidismo. Ligera hiperprolactinemia (posiblemente causada por la Risperidona). **Tóxicos** en orina negativos.

RM craneal a los 5 años en el HCUV, normal y **Consulta con neurología** en diciembre de 2015 y noviembre de 2016 en la que se descarta patología neurológica objetivable en el momento actual.

Inventario Psicopatológico de Achenbach.

- **Autoinforme** (Inventario del comportamiento de jóvenes de 11-18 años (YSR/11-18): No pertenencia a asociaciones. Escasas responsabilidades domésticas. Carece de red social propia y de actividades fuera de las académicas con sus pares.

Items por encima de la media: Sueña despierto a menudo. Prefiere estar sólo que con otras personas. Se toma las cosas con calma. Sentido de la justicia en su comportamiento con los demás. Timidez. Desconfianza. Honesto. Altruismo y generosidad. Le gustan los animales. Es muy amable con los demás. Afirma no sentirse culpable después de comportarse mal, pero después rectifica.

- **Informe de los padres.** (Inventario del comportamiento de niños de 6-18 años para padres (CBCL/6-18): Confirman la ausencia de responsabilidades domésticas, y la no pertenencia a asociaciones de su hijo. Conocen los gustos de su hijo y sus aficiones, son conscientes del aislamiento social que sufre en la actualidad, lo cual les preocupa. Afirman la existencia de cambios de humor frecuentes.

Items por encima de la media: Exige mucha atención, se queja de sentirse solo, con miedo a ciertas situaciones que le obligan a relacionarse con sus iguales como es el recreo. Nervioso, ansioso, tenso y miedoso. Se preocupa mucho y escasa tolerancia al fracaso lo que le lleva a un fuerte sentimiento de frustración.

- En resumen en la **Escala de Conducta de Achenbach CBC**, el paciente no alcanza el punto de corte en ninguna de las áreas evaluadas: agresividad, depresión, obsesiones y compulsiones, delincuencia, ansiedad somática y problemas somáticos, retraimiento social, hiperactividad y delincuencia no socializada. Obtiene las puntuaciones más altas en las Escalas de Depresión y de Retraimiento social sin significación clínica.

Evaluación de la inteligencia. WISC-V:

Comprensión verbal (ICV) = 118 (Pc=88). Visuoespacial (IVE) = 94 (Pc=34). Razonamiento fluido (IRF) = 115 (Pc=84). Memoria de trabajo (IMT)= 107 (Pc=68). Velocidad de procesamiento (IVP)= 89 (Pc= 23). Escala total (CIT)= 110 (Pc=74).

Evaluación de la personalidad.

- **Inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI)**. Destacan los rasgos de: Inhibición, conformidad, introversión, alteración, incomodidad respecto al sexo, inseguridad con los iguales, histrionismo, egocentrismo, rebeldía, discordancia familiar, insensibilidad social, predisposición a la delincuencia e inclinación al abuso de sustancias
- **16-PF**. La prueba evalúa los siguientes puntos:

Estilo de respuesta:

- MI: Las respuestas sugieren una deseabilidad social, la necesidad de dar buena imagen, aunque también puede reflejar una adaptación inteligente a la demanda de la evaluación.
- Rb. No deja respuestas sin contestar.
- Rcp y Rcd. No da respuestas centrales. Se implica y toma decisiones entre alternativas extremas.

Dimensiones globales: Destacan apuntamientos en las escalas de Extroversión y de Independencia. El primer apuntamiento lo ubica en el polo de la introversión y de la inhibición social. El segundo en el polo de la conformidad y la acomodación.

Escalas primarias: Se observan tres apuntamientos en las escalas correspondiendo a la animación: el paciente se muestra serio, cohibido, solícito; la atención a las normas: aparece como atento a las normas y cumplidos y la autosuficiencia, definiéndose como individualista y solitario.

Por otra parte se aprecian las siguientes tendencias: Tendencia al pensamiento abstracto, tímido, apocado, asustadizo, aprensivo y dubitativo. En lo referente a su privacidad es celoso, discreto, cerrado, le gusta la investigación y no se observan apuntamientos en las dificultades cotidianas, aceptándose a sí mismo en su imagen y en su capacidad.

CDC Child Dissociative Checklist. Escala de Disociación en Niños. (V.3.0-2/90) de Frank W. Putnam. Versión española.

Se aplica a niños entre 5 y 12 años. Valora seis áreas de posible disociación: Amnesia disociativa, cambios rápidos en las capacidades y en la actitud, estados de trance espontáneos, alucinaciones, cambios de identidad y agresión o conductas sexualizadas.

Puntuación total=23. Punto de corte=12. Por lo tanto el paciente supera el punto de corte de la escala.

Adolescent Dissociative Experiences Scale II (A-DES). (Armonstrong, Putnam & Carlson, 1.990).

Se aplica a adolescentes entre 12 y 17 años. Puntúa cuatro subescalas: Amnesia disociativa, Absorción a implicación en fantasías imaginativas, Influencia pasiva y Despersonalización y Desrealización.

Puntuación total: 194 puntos. Media=6,4. Punto de corte=4,8. El paciente supera el punto de corte establecido para los adolescentes con problemas disociativos.

PANSS Escala de los Síndromes Positivo y Negativo.

En un primer momento, presenta las siguientes puntuaciones: PANSS-P: 17 (Percentil 15), PANSS-N: 8 (Percentil: 5), PANSS-PG: 40 (Percentil: 30). (Ver ANEXO)

BPRS Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica

Se obtienen puntuaciones elevadas en los siguientes ítems: Ansiedad psíquica (6); Auto-desprecio y sentimiento de culpa (6); Tensión y ansiedad somática (7); Humor depresivo (5); Alucinaciones (7); Contenido inusual del pensamiento (6); Excitación (5).

Resumen de la puntuación en las subescalas: Síntomas negativos: 4 (4-28), positivos: 15 (4-28) y total: 54. (18-126)

CGAS Children's Global Assesment Scale.

La puntuación del paciente en esta escala se mueve en el rango de 31-40 indicador de problemas evidentes con deterioro en el funcionamiento en varias áreas de su vida: problemas en casa y en el Instituto, aislamiento social, dificultades con los compañeros, trastornos afectivos y sensorio-perceptivos, ideas de suicidio, etc.

6.10. JUICIO CLÍNICO.

Amigos imaginarios en la segunda infancia transformados en pseudoalucinaciones o alucinaciones psíquicas visuales y auditivas que se intensifican a partir del suicidio de un primo materno. Las pseudoalucinaciones del paciente tienen un importante componente

emocional y presentan congruencia y sentido narrativo. En sus historias se integran elementos tomados de dibujos animados y de historias infantiles.

6.11. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Trastorno disociativo no especificado (300.15 D.S.M.-V; F44.9, C.I.E., 10ª): El paciente puntúa por encima del punto de corte en la CDC Child Dissociative Checklist. Escala de Disociación en Niños. (V.3.0-2/90) de Frank W. Putnam. Versión española. Y en la Adolescent Dissociative Experiences Scale II (A-DES). (Armonstrong, Putnam & Carlson, 1.990). Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disociativo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos disociativos.

Otros datos que decantan hacia este diagnóstico son la presencia de síntomas prominentes de tristeza, llanto, sentimiento de culpa, depresión y ansiedad, ideación, suicida, la presencia de experiencias de ensimismamiento con fenómenos sensorio-perceptivos vívidos y la presencia de conductas regresivas.

Amnesia disociativa (300.12, D.S.M.-V; F44.0, C.I.E., 10ª): Se define como la incapacidad de recordar información autobiográfica importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es incompatible con el olvido ordinario. En nuestro caso se trata de una amnesia localizada o selectiva de sucesos específicos y destrezas.

Tr. Esquizofrénico con alucinaciones persistentes (295.90, D.S.M.-V; F20.9, C.I.E., 10ª): Hay ciertos síntomas que sugieren este diagnóstico tales como: Historia familiar de esquizofrenia; presencia de alucinaciones persistentes durante un largo período de tiempo; afectación del funcionamiento escolar y en sus relaciones interpersonales; hostilidad y cierta suspicacia hacia sus compañeros.

Sin embargo hay que descartar este diagnóstico por varias razones: la puntuación en la PANSS no sobrepasa el punto de corte para una psicosis. No presenta ideas delirantes. Tampoco presenta alteraciones neuropsicológicas típicas de la esquizofrenia, tales como grandes alteraciones en la velocidad de procesamiento, o de la memoria de trabajo o de la capacidad de aprendizaje verbal que se aparten notablemente de la media. Tampoco presenta alteraciones psicopatológicas de la Vivencia del Yo, ni síntomas negativos, desorganizados o catatónicos.

Trastorno esquizoafectivo (295.70, D.S.M.-V; F25, C.I.E., 10ª): Algunos síntomas podrían considerarse como sugestivos de un TE de tipo mixto, por ejemplo: Estado de ánimo

deprimido la mayor parte del día, durante casi todos los días, sentimiento de inutilidad excesiva e inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones y pensamientos de muerte ideas suicidas transitorias.

Sin embargo hay que descartar este diagnóstico porque no se dan síntomas psicóticos propios de la esquizofrenia, ni supera el número de síntomas del criterio A.

Otros Trastornos psicóticos no orgánicos (F28, C.I.E. 10^a)/Tr. del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico (298.8 D.S.M.-V), Pseudoalucinaciones auditivas y visuales persistentes: Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del espectro de la esquizofrenia que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social y laboral, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del espectro de la esquizofrenia. Este caso se aproxima a un Tr. del espectro de la esquizofrenia con Pseudoalucinaciones auditivas y visuales persistentes. Sin embargo los trastornos aparentemente psicóticos son mejor entendidos como parte de un trastorno disociativo que como parte de un trastorno Psicótico. Parecen originarse como un defecto de integración de los contenidos de distintas funciones psíquicas superiores. El mecanismo de producción de síntomas parece deberse a un defecto de integración de las imágenes y representaciones fantásticas, las imágenes mnésicas, la conciencia y la sensopercepción del entorno. La evaluación que hace el paciente de la realidad y de sus fenómenos sensoperceptivos es sobrevalorada pero no delirante y está abierta al razonamiento lógico.

Fenómenos fantásticos de la visión de Jaspers⁹: Hay ciertos datos que concuerdan con este fenómeno como por ejemplo: la aparición de las imágenes no solo durante la noche, sino también durante el día, aparecen de forma involuntaria y durante el estado de vigilia. Sin embargo los siguientes datos lo descartan: nuestro paciente es capaz de percibir sus personajes sin necesidad de cerrar los ojos, no sufren transformaciones y no desaparecen con el movimiento de los ojos.

Compañeros imaginarios: La diferencia más notable radica en la vivacidad de sus experiencias. Nuestro paciente afirma haber visto y oído sus personajes, creyendo fuertemente que eran entidades reales. Prácticamente todos los niños normales pueden distinguir la no realidad de sus CI. Sanders (1992) y Trujillo (1996) realizaron estudios que concluyeron que los CI de los niños normales eran benignos y benevolentes, y podían ser llamados voluntariamente, les ayudaban con sentimientos difíciles (por ejemplo, soledad) y servían como compañeros de juegos. La mayoría de los CI reportados por los niños con trastornos disociativos tenían identidad y personalidad propias. Con nombres como: "Serpien-

te de cascabel", "Dios" y "Diablo", cumplían funciones diferentes: actuaban como ayudantes / consoladores, protectores poderosos, y sustitutos de los miembros de la familia. A diferencia de los compañeros imaginarios podían ser agresivos y atacantes.

Trastornos neuroestructurales: RMN craneal normal y la exploración neurológica actual descarta patología neurológica.

6.12. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.

Trastorno disociativo no especificado (300.15 D.S.M.-V; F44.9, C.I.E., 10ª)

Amnesia disociativa (300.12, D.S.M.-V; F44.0, C.I.E., 10ª)

6.13. ORIENTACIONES Y TRATAMIENTO.

Aripiprazol 1mg/ml 1 vez al día en dosis progresivamente crecientes alcanzándose en cuatro semanas la dosis de 5 mg/día. Posteriormente, como se relata en la evolución, en Octubre de 2015 se cambió el tratamiento a Risperidona a la dosis de 6 mg/día.

Levotiroxina sódica 50 mcg/día. Clorazepato de potasio 2,5 mg: para el insomnio ocasional y en las crisis de ansiedad.

Psicoterapia Relacional orientada a integrar los aspectos disociados de su experiencia.

Sesiones de psicoeducación con los padres para explicarles la necesidad de tranquilización, aceptación y de su hijo.

6.14. EVOLUCIÓN.

La evolución a lo largo de los dos años de tratamiento fue favorable. La mejoría en las diversas dimensiones de su sintomatología fue progresiva, registrándose diversas etapas a lo largo del tratamiento. Como se ha descrito más arriba el cuadro con pseudoalucinaciones visuales y auditivas se inició en la segunda infancia a partir de compañeros imaginarios previos, pero se intensificó coincidiendo con el suicidio de un primo materno el 15 de Noviembre de 2014. En este momento adquirió un fuerte componente emocional y compromiso conductual lo que motivó la primera consulta. Se inició tratamiento con Aripiprazol 1mg/ml/día en dosis progresivamente crecientes alcanzándose en cuatro semanas la dosis de 5 mg/ml/día. En un momento de riesgo debido a la emergencia de ideas de suicidio e ideas delirantes (*"Somos hologramas.... estos señores vienen del futuro"*) fue derivado el 1 de octubre de 2015 a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infantojuvenil de Referencia Regional para efectuar ingreso. Al día siguiente la familia solicitó el alta voluntaria considerando que el ambiente de la unidad no era propicio para el paciente.

Con el tratamiento combinado psicofarmacológico y psicoterapéutico los síntomas sensorio-perceptivos y aparentemente psicóticos fueron reduciéndose progresivamente como se

aprecia en las tablas del ANEXO que resumen las evaluaciones periódicas realizadas con el PANSS y el BPRS a lo largo del tratamiento.

Tras la mejoría ocurrida durante el primer año de tratamiento, empeoró bruscamente transformándose las Pseudoalucinaciones visuales y auditivas en Alucinaciones estrictas o Psicosensoresiales. Comenzó a percibir los personajes de sus pseudoalucinaciones previas en el espacio externo (*“Tenía la sensación de verles como en un sueño. Ahora les veo como si fueran reales”*). El paciente comenzó a presentar importante compromiso conductual al percibir estos personajes en medio de la clase o en el patio del colegio. En este momento se cambió el tratamiento a Risperidona a la dosis de 6mg./día, desapareciendo a los 10 días los fenómenos sensoperceptivos.

En Enero de 2016 se registró la emergencia de diversos episodios de amnesia disociativa. Olvidaba episodios mnésicos significativos de su vida (*“Pregúntale a mi madre porque yo no me acuerdo”*) y aprendizajes previos (no sabía como realizar operaciones matemáticas, expresión lingüística) y contenidos de memoria semántica (capitales del mundo, conocimientos geográficos, etc.). En sesiones psicoterapéuticas se trabajó sobre el origen de los olvidos. En base a las elaboraciones del paciente se dio a estos episodios el significado de conductas regresivas defensivas ante el miedo al fracaso (*“A las siete de la tarde me vuelvo un poco más tonto y no se hablar bien”. “No soy yo quien se da cuenta, son mis padres los que me lo hacen notar”*). El paciente tomó gradualmente conciencia de cómo se refugiaba en estos estados disociativos para prevenir y justificar sus fracasos, en este caso la posibilidad de repetir curso. En Marzo de 2016 desapareció la amnesia disociativa y mejoró su estado de ánimo. En Abril de 2016 presentó estados de hipermnesia recordando detalles muy precisos de diversas situaciones, de hipersensibilidad sensorial, sinestesias y momentos fugaces de euforia y elación (*“Es como si estuviera borracho”*).

En la actualidad, las alteraciones sensoperceptivas han desaparecido. Las ideas suicidas han ido cediendo con el paso de las sesiones. A lo largo del tratamiento psicoterapéutico se ha puesto en contacto con su dificultad para soportar la soledad y sus dudas de si no es mejor vivir en su mundo paralelo que en el real donde se encuentra solo y sin amigos. Ha mejorado su capacidad de insight con la Psicoterapia haciéndose consciente de que sus experiencias sensoperceptivas fueron creadas como un mundo paralelo ante la necesidad de encontrar un lugar donde “todo fuera perfecto” y poder “adquirir más carácter”. Un lugar donde poder recibir validación sobre sus ambiciones científicas, donde sentirse respetado en sus fantasías, donde sentirse acompañado y valorado. Un lugar donde mantener la esperanza de convertirse en alguien notable e importante. Afirma que en ocasio-

nes echa de menos sus experiencias sensorceptivas, pero cuando esto ocurre ahora actúa evocando la imagen de algún ser querido o buscando la relación con una figura parental que lo reasegure, lo valide y le diga “qué es lo correcto”. Ha mejorado ligeramente su integración con sus compañeros de Instituto. Paralelamente han ido mejorando sus calificaciones académicas. En conclusión, cuadro alucinatorio en regresión tras el tratamiento con Aripiprazol 5mg./día y luego con Risperidona a la dosis máximas administradas de 2mg 3 veces al día. En la actualidad la dosis se ha disminuido progresivamente hasta 0,5 mg una vez al día.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Los fenómenos evolutivos de la infancia y la adolescencia pueden remedar síntomas psicóticos. Por otra parte el amplio espectro clínico y sintomatológico de los trastornos disociativos puede remedar muchos de los síntomas positivos y negativos encontrados en la Esquizofrenia infantil. Además el contenido de los síntomas psicóticos en los niños tales como delirios o alteraciones sensorceptivas vienen altamente influidos por el pensamiento mágico infantil y la estructura cognitiva propia de cada etapa del desarrollo. En este caso clínico corroboramos la importancia y la dificultad a la hora de realizar un diagnóstico diferencial durante la infancia y la adolescencia entre patologías tan dispares como la Psicosis, los Trastornos disociativos o las alteraciones sensorceptivas y de identidad que se encuentran en el desarrollo normal infantil. En un primer momento el paciente impresionaba con alteraciones psicóticas, acudiendo a consulta por la presencia de experiencias sensorceptivas, visuales y auditivas que tenían un gran impacto conductual y emocional hasta el punto de presentar ideas de suicidio. Mediante un análisis psicopatológico detallado, el análisis de su dinámica intrapsíquica, y mediante la utilización de cuestionarios y escalas se realiza un diagnóstico diferencial minucioso. Se descarta la existencia de un cuadro psicótico, diagnosticándose el caso como Trastorno disociativo no especificado. La evolución clínica confirma por otra parte el diagnóstico. Dadas las implicaciones pronósticas de los diferentes cuadros clínicos citados se recomienda la realización de estudios clínicos cuidadosos para establecer un diagnóstico lo antes posible en orden a instaurar las intervenciones terapéuticas más apropiadas.

8. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA.

1. Trond H. Diseth. Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma – an overview of conceptual issues and neurobiological factors, Nordic Journal of Psychiatry, 59:2, 79-91. 2005; 2: pp, 79-91.

2. Frank W. Putnam. The Developmental Basis of Dissociation. Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective. New York: Guildford Publications; 1997
 3. Frank W. Putnam. The Developmental Basis of Dissociation. Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective. New York: Guildford Publications; 1997.
 4. Bliss,1983; Lovinger, 1983; Putnam 1985b; McElroy, 1992; Sanders, 1992. Citado por: Frank W. Putnam. The Developmental Basis of Dissociation. Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective. New York: Guildford Publications; 1997
 5. Wilson & Barber, 1981, p. 31. Citado por: Frank W. Putnam. The Developmental Basis of Dissociation. Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective. New York: Guildford Publications; 1997.
 6. trastornolimitado.com.(Internet).2017(citado el 5 abr 2017).Disponible en: <https://www.trastornolimitado.com/trastornos/disociacion-y-trastornos-disociativos>
 7. Hollis C. Schizophrenia and Allied Disorders. En: Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E, a- par A. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry.5th Edition. Oxford, UK: Blackwell Publishing Limited; 2008. p. 737-758.
 8. Julio Vallejo. Psicopatología de la Percepción. En: Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. J. Vallejo, A. Bulbena, A. Grau y cols. Barcelona: Salvat; 1.980. Pág.195
 9. Karl Jaspers. Psicopatología General. Buenos Aires: Editorial Beta ;1.975 [1.913]. Págs. 88 y 89.
- Brown, J. L. Psychosis in children and adolescents. Doctoral dissertation, University of Arkansas for Medical Sciences; 2014.
 - Ptgieter-Marks, R., Sabau, A.,& Struik,A. Guidelines for the assessment and treatment of children and adolescents with dissociative symptoms and dissociative disorders. 2015. Retrieved from: <http://www.estd.org>
 - Fred R. Volkmar, M.D. Psicosis en niños y adolescentes: Revisión de los últimos 10 años. New Haven: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 1996, 35(7): 843-851.
 - Frank S. Waters. Recognizing Dissociation in Preschool Children. The International Society for the Study of Dissociation. 2005. 23(4):1-5.
 - Julio Vallejo. Psicopatología de la Percepción. En: "Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría". J. Vallejo, A. Bulbena, A. Grau y cols. Barcelona: Salvat; 1.980. Pág. 195.
 - Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.

- O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

9. ANEXOS.

Figura 1. EVOLUCIÓN COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS

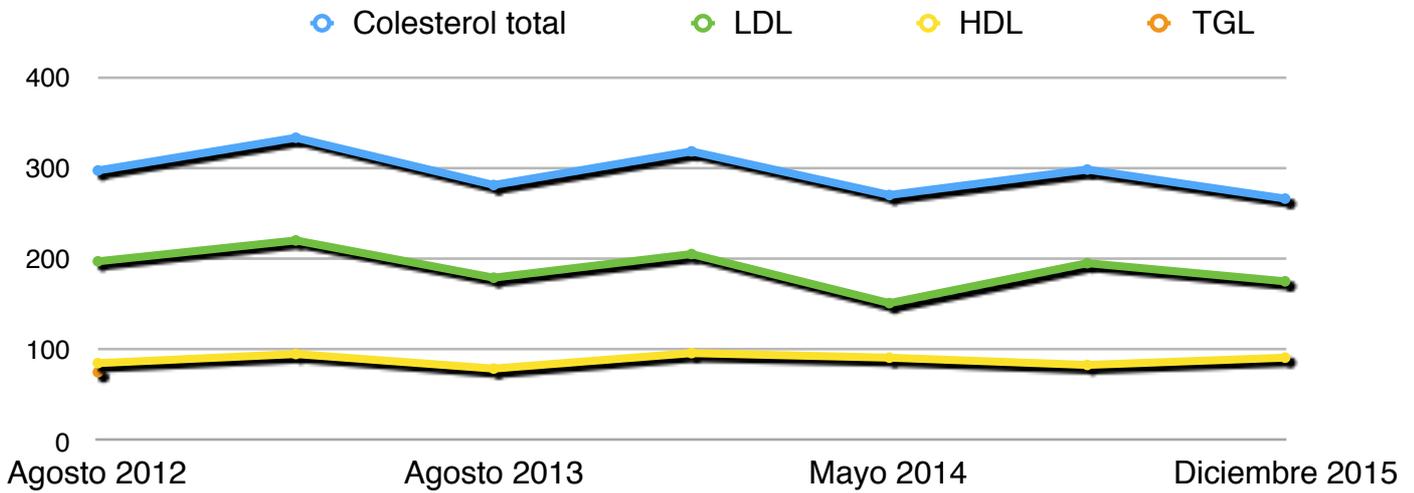


Figura 2. ESCALA DE LOS SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO (PANSS)

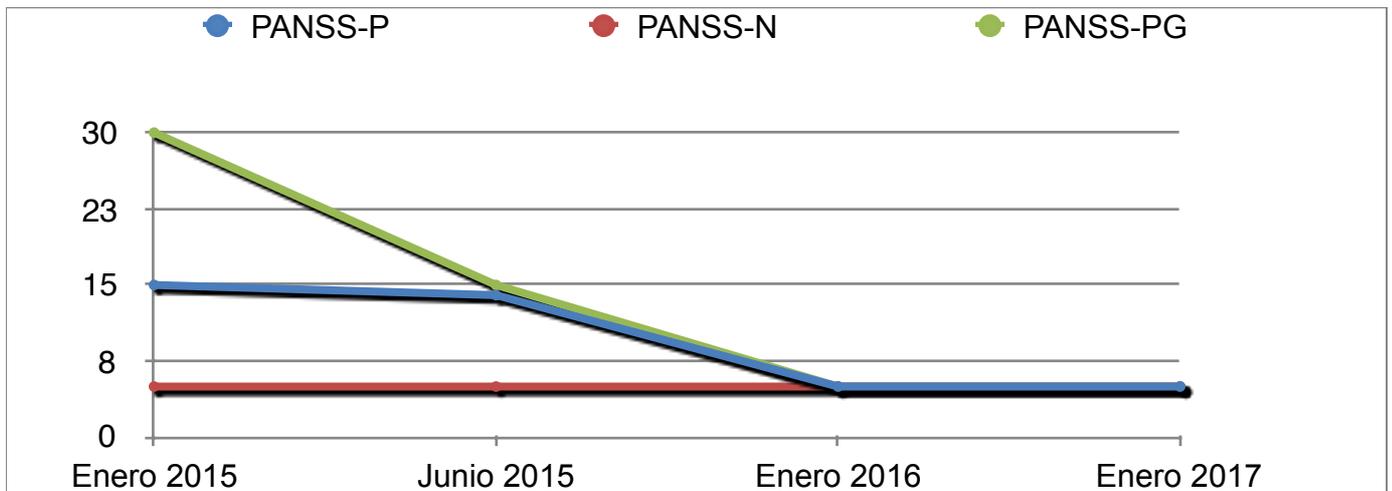


Figura 3. BPRS. ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA. Síntomas positivos

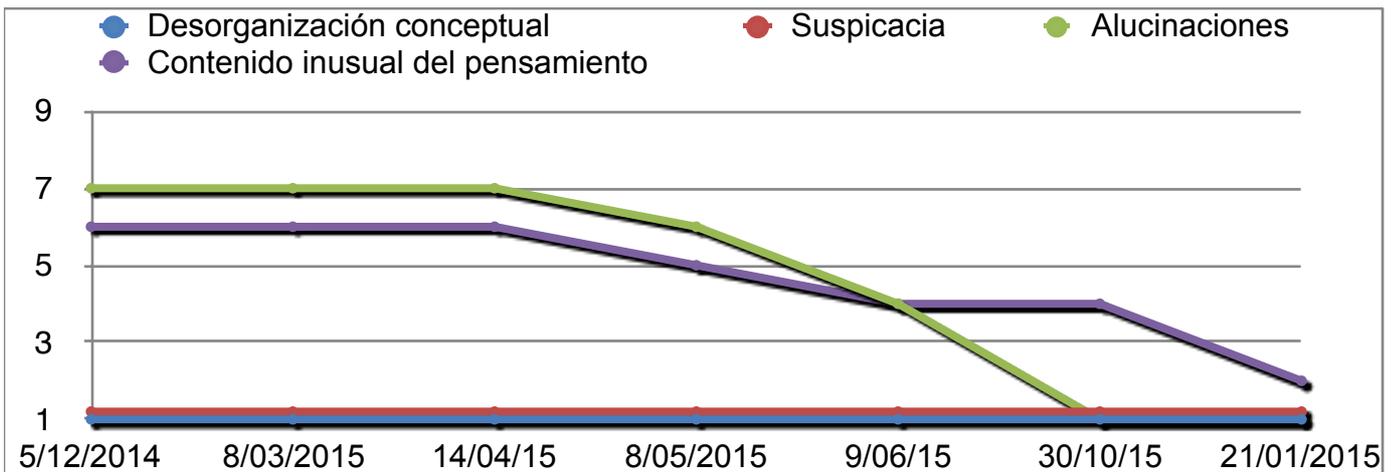


Figura 4. BPRS. ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA. Síntomas negativos

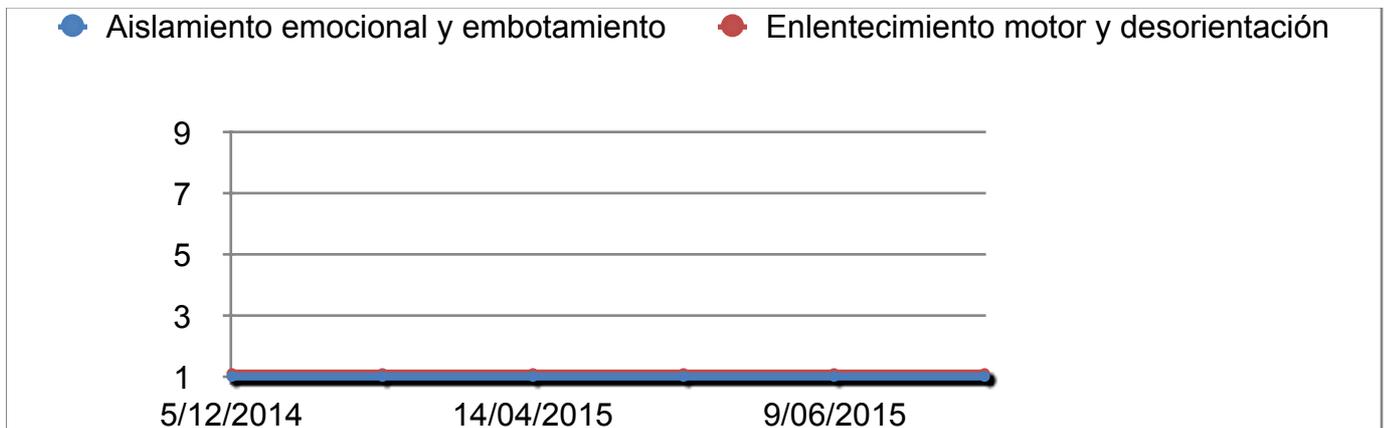


Figura 5. BPRS. ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA. Otros síntomas

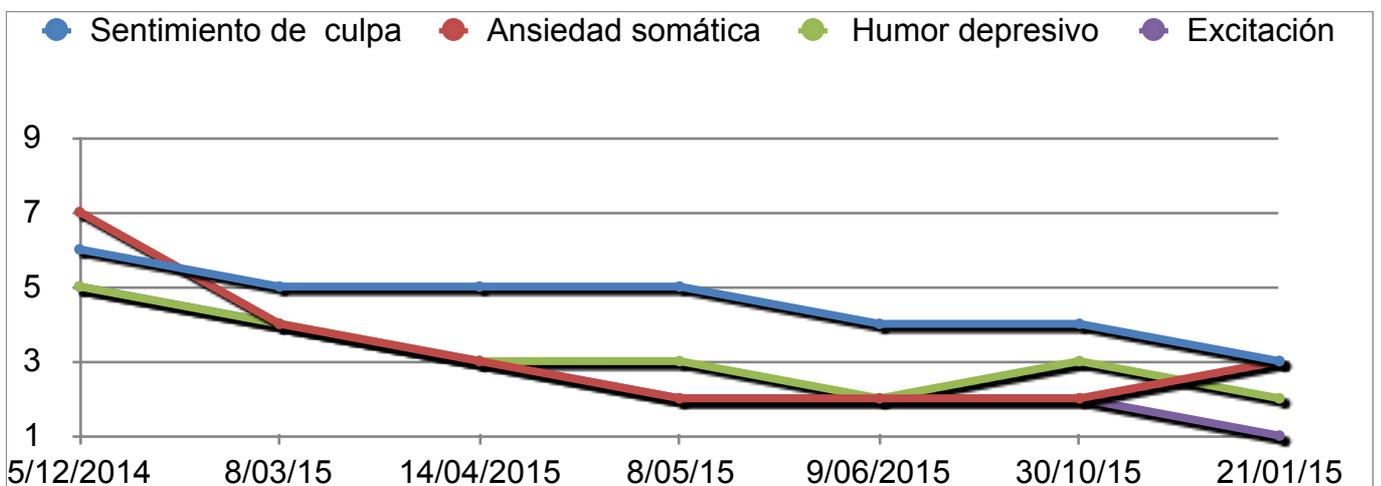
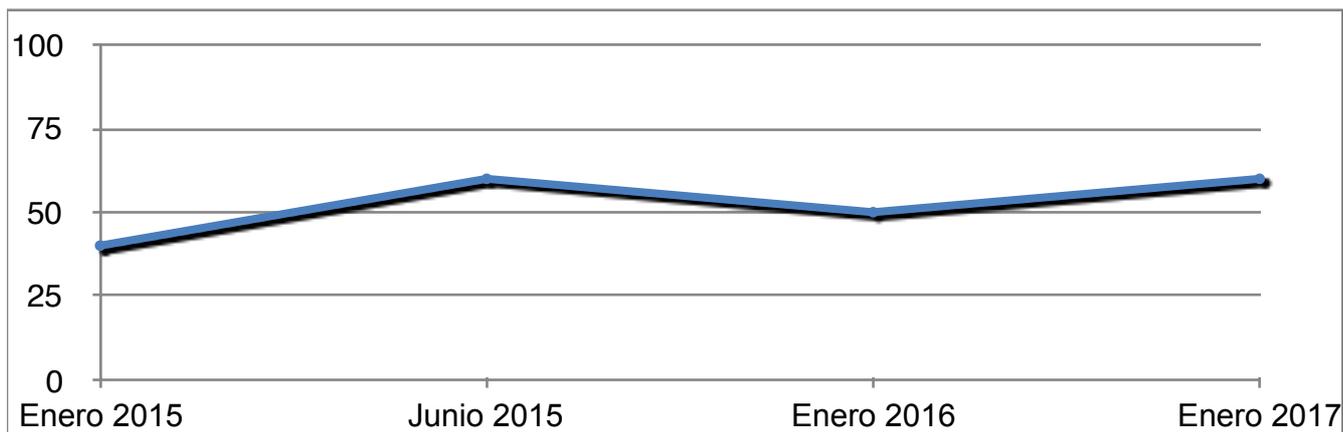


Figura 6. CHILDREN'S GLOBAL ASSESSMENT SCALE



10. PÓSTER EN MINIATURA.



Universidad de Valladolid

¿Psicosis infantil o reacción disociativa?

Autora: Beatriz Torres Blanco. Tutor: Dr. J.M. Martínez Rodríguez.

Universidad de Valladolid. Facultad de medicina.

INTRODUCCIÓN

Existe una notable dificultad a la hora de realizar un diagnóstico de psicosis o de Trastorno disociativo durante la infancia o la adolescencia y diferenciarlo de los fenómenos normales del desarrollo.

•La Disociación patológica mental se define como una interrupción en las funciones generalmente integradas de la conciencia, la memoria, la identidad y / o la percepción del medio ambiente.

•Las Psicosis infantiles son trastornos graves con alteración de la prueba de realidad que se asocian a alteraciones de la senso-percepción, del pensamiento, del comportamiento, etc. Y que afectan negativamente al desarrollo.

Entre un 25 y un 45% de los pacientes con un Trastorno de identidad disociativo en la infancia reciben de forma incorrecta un diagnóstico de Esquizofrenia¹.

CASO CLÍNICO

Varón de 15 años que es traído a consulta por la presencia de pseudoalucinaciones visuales y auditivas de larga duración, con gran impacto emocional y conductual que se han exacerbado tras el suicidio de un familiar. El paciente presenta tristeza, ansiedad y agitación, desorganización del comportamiento e ideas suicidas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Tr. Esquizofrénico con alucinaciones persistentes.
- Trastorno esquizoafectivo.
- Otros Trastornos psicóticos no orgánicos.
- Trastorno disociativo no especificado.
- Amnesia disociativa.
- Fenómenos fantásticos de la visión.
- Compañeros imaginarios.
- Trastornos neuroestructurales.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Análisis sanguíneos y de tóxicos en orina
- RM craneal.
- Inventario Psicopatológico de Achenbach. (Autoinforme y a los padres)
- Evaluación de la inteligencia. WISC-V.
- Inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI)
- 16-PF.
- CDC Child Dissociative Checklist. Escala de Disociación en Niños. (V.3.0-2/90) de Frank W. Putnam. Versión española.
- Adolescent Dissociative Experiences Scale II (A-DES).
- PANSS Escala de los Síndromes Positivo y Negativo.
- BPRS Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica.
- CGAS Children's Global Assessment Scale.

RESULTADOS

- Hipotiroidismo. No alteraciones neuroestructurales.
- Síntomas disociativos predominantes. Tristeza y ansiedad reactivas.
- No Tr. de la Vivencia del Yo. No síntomas negativos.
- Gran afectación funcional

DIAGNÓSTICO

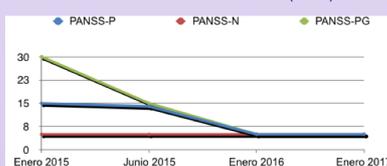
- Trastorno disociativo no especificado (300.15 D.S.M.-V; F44.9, C.I.E., 10^a)
- Amnesia disociativa (300.12, D.S.M.-V; F44.0, C.I.E., 10^a)

TRATAMIENTO

- Aripiprazol 5mg/día. Posteriormente Risperidona 6mg/día .
- Levotiroxina sódica 50 mcg./día
- Clorazepato de potasio 2,5 mg/día, por la noche de manera ocasional
- Psicoterapia relacional. Psicoeducación familiar.

EVOLUCIÓN

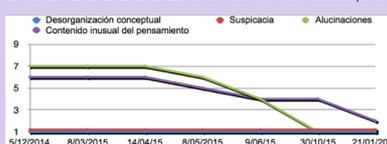
ESCALA DE LOS SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO (PANSS)



BPRS. ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA. Síntomas negativos



BPRS. ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA. Síntomas positivos



BPRS. ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA. Otros síntomas



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En un primer momento el paciente presentaba un síndrome pseudoalucinatorio persistente compatible con un Tr. Esquizofrénico de inicio precoz. Mediante un estudio psicopatológico, clínico, el análisis de los conflictos intrapsíquicos, las pruebas complementarias, los cuestionarios y escalas aplicadas se puede realizar un diagnóstico diferencial y descartar Trastornos Esquizofrénicos, Esquizoafectivos y Delirantes, así como fenómenos y alteraciones senso-perceptivas propias de la infancia y del desarrollo neurocognitivo. La sintomatología viene mejor explicada como un Trastorno disociativo no especificado. La evolución y el seguimiento realizado en dos años confirma el diagnóstico. Se confirma la necesidad de realizar un diagnóstico precoz cuidadoso en los cuadros alucinatorios de la infancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trond H. Diseth. Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma – an overview of conceptual issues and neurobiological factors. Nordic Journal of Psychiatry, 59:2, 79-91, 2005
- Frank W. Putnam. The Developmental Basis of Dissociation. Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective. New York: Guilford Publications; 1997
- Brown, J. L. Psychosis in children and adolescents. Doctoral dissertation, University of Arkansas for Medical Sciences; 2014.
- Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
- O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.