

LAS PSICOSIS INFANTILES EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA*

Antonio Pombo Sánchez**

La observación directa es el principal medio de observación del pediatra. Su ubicación le permite ver y observar al niño y su entorno en situaciones privilegiadas y con continuidad en el tiempo. La consulta pediátrica es fuente de enseñanza para quien sepa ver y oír.

El trabajo psicoterapéutico del pediatra es también original. No es una psicoterapia en el sentido de “un reacondicionamiento de las organizaciones pulsionales y las relaciones objetales”, la relación es siempre triangular: niño-padres-pediatra, y aparece investida de una cualidad transferencial cuyo conocimiento contribuye a la posibilidad de manejar sus aspectos positivos y negativos.

El acceso al cuerpo del niño tiene variadas connotaciones: la aceptación del cuerpo enfermo y sus anomalías, la atención al desarrollo evolutivo y afectivo del niño y la habilidad para explorarlo y manipularlo –la mano amiga y experta–.

Muchas veces, afirma L. Kreisler, el sólo planteamiento del problema puede tener valor curativo: el médico que plantea el

* Ponencia presentada en el XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA) que bajo el título “Psicosis Infantil. Una Mirada Actual” se desarrolló en A Coruña del 20 al 22 de octubre 2005.

** Médico – Pediatra. Psicoterapeuta de niños y adolescentes. C. S. Fontiñas. Servicio Galego de Saúde. (Sergas). Santiago de Compostela Correspondencia mail: antoposa@telefonica.net

diagnóstico del “cólico de los tres meses” o el diagnóstico del “espasmo del sollozo” desactiva un drama y al mismo tiempo sitúa el trastorno en su dimensión real que es la de una relación conflictiva, abriendo así la vía a una resolución de lo que muchas veces la familia del niño vive como un auténtico drama.

La paciencia para escuchar, la capacidad para entender un gesto o una actitud son o pueden ser suficientes para disminuir la angustia e invertir comportamientos.

Al abordar la patología infantil deberemos tener siempre presentes tres conceptos clave:

1. La evolución del niño (etapas evolutivas)

0-2 años: En esta edad el psiquismo del niño se expresa por alteraciones somatofuncionales que afectan fundamentalmente al sueño (insomnio) y a la esfera oroalimentaria (anorexia y cólicos). La valoración de la relación madre-bebé, las características familiares y la plasticidad del síntoma nos permitirá una intervención terapéutica y/o preventiva valiosa.

2-6 años: La actividad psíquica en esta etapa se manifiesta en la lucha del niño por la independencia y el control de esfínteres así como por el negativismo. Es la edad de las rabietas y del desarrollo de funciones instrumentales.

Período de latencia (6 años - pubertad): El desarrollo evolutivo del niño deriva hacia lo psíquico, surgen los procesos de identificación con el adulto y la noción del deber hacer (súper yo). Conflictiva psíquica de expresión somatiforme (cefaleas, vómitos...).

Pubertad y adolescencia: Lo corporal emerge de nuevo en relación con los conflictos psíquicos de esta edad, en forma de cefaleas, alteraciones alimentarias, alteraciones del sueño, hábitos tóxicos, conductas de riesgo, tentativas de suicidio, etc.

2. Los factores de riesgo

Son un concepto estadístico útil para la detección precoz de lo patológico.

Relativos al *niño* debemos considerar la prematuridad, parto múltiple, sufrimiento neonatal y perinatal, infecciones neonatales y los traumatismos obstétricos. En cuanto a la *relación parentofilial* valoraremos en especial las carencias materiales y afectivas, situaciones de maltrato y las separaciones repetitivas. Relativos a los *padres* tendremos en cuenta los conflictos permanentes, separación, alcoholismo, muerte, ausencia crónica, enfermedades graves, en especial las mentales, y la pareja incompleta.

3. La vulnerabilidad

Está en relación con la capacidad del niño para protegerse de los estímulos nocivos. Competencia es la precapacidad de adaptación activa del niño a su entorno.

LA PSICOSIS INFANTIL

En general, definiremos como psicóticos aquellos niños que continúan anclados rígida y anacrónicamente en un estadio afectivo e intelectual que Piaget denominaba *mágico-animista* o *intuitivo-simbólico* en el que el pensamiento y el razonamiento se rigen por mecanismos prelógicos. Son niños que no distinguen entre su realidad interna (sus fantasmas y sus fantasías) y el mundo externo, de manera que vivencian sus miedos como realidades inmediatas, masivas y oceánicas. Es un trastorno que afecta al desarrollo y la personalidad del niño.

A modo de esquema expositivo abordaré las psicosis infantiles por el siguiente orden: 1. Brote psicótico agudo; 2. Psicosis disarmónica; 3. Psicosis deficitaria; 4. Esquizofrenia del adolescente y 5. Autismo.

1. Brote psicótico agudo

Me referiré aquí al niño psicótico “florido” “exuberante”. Se trata de niños con una gran inquietud psicomotriz; son verbosos, desbordantes, con una comunicación inconexa sin hilo de continuidad y sin sentido aparente. Es la voz del inconsciente que habla crudamente en ellos expresando directamente acciones y fantasías. Nos dan la impresión de que la expresión verbal fragmentada y zigzagueante que presentan es el resultado de una lucha entre la emergencia de dichas fantasías “salvajes” y las psicodefensas demasiado frágiles que intentan intervenir para controlar unos contenidos que finalmente les desbordan.

Se podría ejemplificar como ese niño que pretende abarcar con sus manos un gran montón de canicas y que continuamente se le caen y constantemente él recoge, siendo el cuento de nunca acabar.

2. Niños psicóticos disarmónicos

Las psicosis disarmónicas generalmente se manifiestan a partir de los 4-5 años de edad. Estos niños suelen mostrarse como petrificados adoptando muchas veces posturas corporales ridículas y poco armoniosas como igualmente faltos de armonía están su propio desarrollo psicobiológico e intelectual en el que se producen desfases, fallas y lagunas, coexistiendo con resultados brillantes en otras áreas. Es frecuente que presenten importantes déficits instrumentales pudiendo afectar éstos al grafismo, esquema corporal, espacio-temporalidad, lateralidad y lenguaje. Estas situaciones clínicas hacen pensar en ocasiones a los adultos y padres si estos niños les estarán “tomando el pelo”, lo que no hace sino revelar la incapacidad de aquellos para comprender y valorar la gravedad de la situación. Bastantes padres de estos chicos pertenecen al tipo de lo que podríamos denominar padres y madres “flotantes” por la sensación que producen de inconsistencia, vaguedad, lejanía, inasequibilidad, y expresión paradójica en la manifestación o expresión de sus sentimientos.

3. Niños psicóticos deficitarios

Maud Mannoni llegó a negar la existencia de la deficiencia mental; para ella, todos los oligofrénicos eran, primitivamente, psicóticos. Sin llegar a tales extremos, afirmamos que hay niños en los que el desarrollo intelectual y afectivo se vieron gravemente perturbados desde un comienzo a causa de una sinergia o interferencia mutua de ambos procesos motivada por factores patógenos y traumáticos dando como resultado final la existencia de un niño al que se diagnostica con frecuencia de deficiente mental y que termina introducido en el circuito de la escolarización o institucionalización especial.

Esta forma de psicosis no ha sido aislada en la clasificación francesa. Algunos autores describen factores emocionales que originarían la inestructuración de las bases necesarias para el desarrollo del conocimiento intelectual y para el aprendizaje. En otros casos, lo que aparece masivamente de entrada es una grave carencia instrumental.

Afecciones orgánicas como el síndrome X frágil, encefalopatías víricas, anomalías cromosómicas, enfermedades metabólicas y algunas facomatosis deben ser buscadas sistemáticamente ante todo niño que evoque la hipótesis diagnóstica de psicosis deficitaria.

Cercanas a las psicosis se encuentran las *Disarmonías Evolutivas*. Este diagnóstico deberemos reservarlo para aquellos niños que partiendo de “baches”, “lagunas” o “desfases” en su desarrollo, llegan a alcanzar con el tiempo un funcionamiento básicamente adaptado aunque los movimientos re-evolutivos hayan tenido lugar de una manera atípica y disarmónica.

4. Esquizofrenia del adolescente

Cuanto más frágil e inmaduro sea el yo del sujeto, cuanta mayor dependencia regresiva muestre en relación a las figuras parentales y cuanto más próximas se hallen estas condiciones de la edad de la adolescencia, mayores riesgos hay de un deslizamiento hacia una organización esquizofrénica de la

personalidad en la que predominan de tal forma los procesos disociativos y el alejamiento de la realidad que le incapacitarán en el plano escolar, familiar y relacional, aparecerá actividad sintomática positiva (delirios, alucinaciones...), y negativa como el empobrecimiento de las capacidades y rendimientos del sujeto que queda recluso dentro de la familia o, en el mejor de los casos, en una situación muy por debajo de lo que cabría esperar antes del brote esquizofrénico.

No olvidaremos la *esquizofrenia de origen muy precoz* que es aquella que tiene su origen antes de los 13 años de edad. Es un subtipo de esquizofrenia que tiene una historia vital de anomalías del desarrollo muy diversas y antecedentes familiares de esquizofrenia, lo que daría lugar al fenómeno de *anticipación genética* que consiste en que un determinado trastorno va apareciendo en las sucesivas generaciones a una edad más temprana y de un modo más severo.

5. Autismo

Autismo deriva de *autos* que significa *sí mismo*; este término fue descrito por primera vez en el año 1911 por Bleuler para describir pacientes adultos con esquizofrenia, pero es en 1943 cuando L. Kanner describe esta afección específica de la primera infancia.

En los inicios del siglo XIX la patología mental del niño estaba considerada como el resultado de una deficiencia intelectual. En el año 1888 Moreau de Tours en su obra *La folie chez l'enfant* respondía negativamente a la existencia de una psicosis o locura en el niño pequeño. Más tarde J. Lutz describiría formas de psicosis en el niño que supone análogas a las del adulto siguiendo las descripciones de Kraepelin y Bleuler, pero no considera la posibilidad de una eclosión precoz de los trastornos psicóticos en el niño.

Leo Kanner en su primer trabajo publicado describía once niños de edades comprendidas entre los 2 años y ocho meses y los 8 años en los que el trastorno fundamental consistía en

la imposibilidad de establecer relaciones normales con las personas y para reaccionar normalmente a las situaciones desde el principio de su vida.

En la clasificación del DSM IV el autismo se incluye dentro de los trastornos generalizados del desarrollo, en el CIE 10 de la OMS se mantiene el mismo criterio nosográfico. En la clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente, el autismo se incluye dentro de las psicosis infantiles precoces. R. Misés renovó el cuadro nosográfico del autismo. La mayor parte de los autores franceses consideran con él que el autismo tal y como lo había descrito Leo Kanner solamente constituye una forma bien aislada y característica pero una forma entre otras de trastornos muy precoces de la personalidad, con desorganización del yo, del aparato psíquico y de su relación con el mundo externo.

Síntomas y signos en los primeros 6 meses de vida (S. Fraiberg, D. Houzel, M. Soulé):

- Ausencia de intercambio con la madre, indiferencia a la voz y al rostro de la madre, ausencia de intercambio de la mirada con la madre, desviación de la mirada.
- Excesiva quietud o agitación desordenada.
- Falta de ajuste postural, ausencia de actitud anticipatoria. Hipertonía o hipotonía sin lesión neurológica que la explique.
- Retroceso de los procesos perceptivos: indiferencia hacia el mundo sonoro.
- Trastornos graves del sueño: insomnios “tranquilos”, “blancos”.
- Trastornos oroalimentarios con falta de succión.

Síntomas y signos entre los 6 y los 12 meses de vida:

- Fijación de la mirada en luces y objetos giratorios. Juegos manuales ante los ojos.
- Interés por objetos insólitos frecuentemente duros, contrastando con el desinterés general por el mundo que le rodea.

- Ausencia de *angustia ante el extraño*. El segundo organizador de Spitz, testimonio de la capacidad del bebé para representarse mentalmente a su madre, no existe en el bebé autista.

Síntomas y signos entre los 12 y los 24 meses de vida:

- Se confirman todos los anteriores.
- Ausencia de señalamiento protodeclarativo.
- Los juegos de “hacer como si” están generalmente ausentes.
- Las primeras palabras se utilizan muy tardíamente, lo mismo que las primeras frases y la utilización del yo.
- Miedos y fobias a ruidos mecánicos.
- Manifestaciones de autoagresividad.

Todos estos síntomas y signos toman significación en la relación interactiva del niño con su entorno. Ninguno es por sí solo suficiente y el diagnóstico sólo puede surgir del reagrupamiento de varios de ellos así como de la comprobación de su persistencia en la evolución del niño. No debemos olvidar que las *carencias afectivas* y las *depressiones precoces* pueden presentar una clínica similar pero los trastornos desaparecen si se establecen las condiciones afectivas satisfactorias.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Estudios Bioquímicos

Existe un aumento de la serotonina plaquetaria en el 30-50% de niños autistas, aunque ello no constituye un estigma bioquímico específico del autismo, ya que también se encuentra en niños con deficiencia mental e hiperquinesia.

Hay un aumento significativo de adrenalina y noradrenalina en plasma así como de otras hormonas del estrés como acth y cortisol (S. Tordjman).

Por el contrario, hay una disminución de las beta-endorfinas plasmáticas lo que podría explicar la baja sensibilidad al dolor y las automutilaciones en algunos niños autistas.

Estudios Neurofisiológicos

Alteraciones frecuentes en el EEG y Potenciales evocados auditivos y visuales.

Estudios Genéticos

M. Rutter y Folstein encontraron concordancia en 4 de 11 parejas de gemelos monocigóticos. En 10 parejas de gemelos dicigóticos no encontraron ninguna concordancia.

Ritvo en estudios más recientes obtiene los siguientes resultados: en 23 pares de gemelos monocigóticos, 22 pares son concordantes con el autismo. En 17 pares de gemelos dicigóticos, 4 pares son concordantes y 13 no son concordantes.

Se calcula que 10 a 15 % de niños autistas tienen una condición genética identificable (Gillbert y col., 1996; Rutter y col., 1994), la mayoría de ellas en el cromosoma 15, específicamente en 15q11-q13, la región implicada en los síndromes de Angelman y Prader-Willi.

Estudios de Imagen

En algunos casos de niños autistas se ha descrito en las imágenes de RNM cerebral atrofia de lóbulos del vermix cerebeloso.

Diagnóstico diferencial

Síndrome X frágil: (Está causado por una alteración de los nucleótidos en el gen FMR1 localizado en el cromosoma X).

Síndrome de Rett: Está originado por una mutación en el gen MECP2 situado en el cromosoma X. Recientemente se ha descrito algún caso en varones.

Síndrome de Angelman: (Existe una pérdida del gen UBE3A localizado en el cromosoma 15).

Síndrome de Prader-Willi: Alteración de la región 15q11 del cromosoma 15).

Síndrome de Smitz-Lemli-Opitz: (Presenta mutaciones en el gen DHCR7 situado en el cromosoma 11).

Síndrome de Sotos: (Mutaciones del gen NSD1 del cromosoma 5).

Síndrome de Asperger: (Estos pacientes no presentan las alteraciones del lenguaje del autismo).

Trastorno desintegrativo de la infancia: (Tiene como característica determinante la existencia de un período de desarrollo normal hasta por lo menos los dos años de edad, a partir de ahí se produce una pérdida manifiesta de habilidades psicomotrices que se acompaña de síntomas de autismo).

Síndrome de Landau-Kleffner: (Afasia adquirida y epilepsia).

En agosto de 2004 Gervais et al., publican en la revista *Nature Neuroscience* un trabajo titulado *Anomalías corticales en el procesamiento de la voz en el autismo*. Las reacciones en cadena en los medios de comunicación fueron inmediatas:

Le Figaro (21 agosto 2004): “El cerebro descubre sus secretos”. “El cerebro de los autistas es hermético a la voz”.

Le Monde (24 agosto 2004): “Una anomalía cerebral impediría a los autistas identificar la voz humana”.

Le Quotidien du Médecin (26 agosto 2004): “Áreas cerebrales inactivas para la percepción de la voz, un progreso en la comprensión del autismo”.

La Recherche (octubre 2004): “La voz humana no habla a los autistas”.

Sylvie Tordjman en *Le Carnet Psy* (marzo 2005) publica el trabajo titulado *Resultados de imagen cerebral en el autismo. Su interpretación*. Y nos dice lo siguiente: “Es importante subrayar que las anomalías puestas en evidencia en exámenes neurorradiológicos y electrofisiológicos podrían ser consideradas resultado más bien de factores ambientales que biológicos y no ser la causa directa del trastorno autista, lo que podemos apoyar con los trabajos de Hubel y Wiesel sobre los efectos provocados por una privación visual unilateral en animales de experimentación en períodos críticos del desarrollo, lo que entraña una ceguera del ojo ocluido y alteraciones neuroanatómicas definitivas del cortex visual funcionalmente intacto antes

de la privación visual. Del mismo modo, la falta de estímulos auditivos en períodos críticos del desarrollo provoca alteraciones definitivas de la actividad funcional de áreas del lenguaje con pérdida de la capacidad de discriminación de sonidos y de su reconocimiento y producción.

Es muy difícil determinar si las anomalías cerebrales son causa del síndrome autista o solamente consecuencias consideradas al mismo nivel que el comportamiento autista. En la era del *todo genético* podemos pensar que los estudios de imagen cerebral nos permitirían reasegurar coordenadas y resultados visibles y concretos que aportasen objetividad y control frente a lo que es vivido como incomprensible e incontrolable. Cuanto más avanzada es la tecnología médica tanto más puede agrandar la fantasía de que gracias a ella vamos a poder penetrar en una especie de caja negra que permita comprender y explicar todo. ¿Serán también los estudios anatómopatológicos de necropsias cerebrales, tal como se está practicando en América del Norte, un medio de intentar analizar y ver con el microscopio lo que no se ha podido ver a lo largo de toda una vida en los exámenes macroscópicos? El comportamiento autista sería así reducido a un soporte orgánico sin tener en cuenta el sentido mismo de ese comportamiento”.

Y cuando Sylvie Tordjman le pregunta a André Bullinger acerca de las anomalías orgánicas de la patología autista, éste le responde: “cuando busco el sentido de lo que leo escrito sobre un papel no necesito saber cuál es el análisis químico del papel ni de la tinta”.

Nacemos con un *equipamiento biológico*, decía el Prof. Ajuriaguerra, que va a estar interrelacionado y modelado por los factores ambientales que rodean al niño.

En su obra *Tiempo de cambios* nos dice Rita Levi-Montalcini: “La vida de todo ser humano es el resultado no sólo del programa genético escrito en sus genes, sino también de las condiciones ambientales en las que puede llevarse a cabo este programa. Dichas condiciones influyen más aún que las genéticas

sobre el desarrollo de su vida. Por eso no se pueden prever las penas y alegrías que reserva la vida a cada recién nacido”.

LAS EVOLUCIONES PSICÓTICAS

Las evoluciones psicóticas pueden comprender períodos más o menos largos de estabilización y funcionamiento aceptables que sólo un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico precoz y prolongado puede mejorar y afianzar.

Los profesionales tenemos la obligación de establecer con los padres una alianza terapéutica y actuar en colaboración estrecha con ellos. Esta colaboración tiene tres aspectos importantes:

1. Ayuda psicológica parental: Ayudar a los padres en las tareas educativas del niño enfermo, ayudarles a comprender el significado de los trastornos y síntomas de su hijo; esto ayudará a mantener un vínculo de calidad entre los padres, el niño y los facultativos.
2. Sostener y contener a los padres: Ayudarles a encontrar la capacidad de “ilusión anticipatoria” frente a su hijo y permitir a los padres, en especial a la madre, encontrar cierta “restauración narcisista” y reinvestir sus propias capacidades maternas.
3. Trabajo terapéutico directo con los padres.

La construcción de la personalidad en el niño no es un proceso lineal, es un proceso lleno de avatares, de momentos vulnerables, de conflictos evolutivos, de traumas (unos necesarios e inevitables, otros patógenos e innecesarios). En el transcurso de su creación la personalidad del niño atraviesa momentos de re-modelación, de re-organización, difíciles para él si el medio en el que se desenvuelve no le comprende y ayuda.

También la personalidad sufre heridas que han de ser compensadas para que el niño pueda seguir adelante. Serían las “cicatrices” que deja el desarrollo de la personalidad y que hay que saber reconocer para emprender luego con mucho cuidado la labor terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

- Anthony, E.J., Chiland, C., Koupernik, C.: *L'enfant vulnérable*, París PUF, col. "Le fil rouge", 1982.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM IV-TR), Barcelona, Masson, 2002.
- Caparrós N.: *Ser Psicótico. Las Psicosis*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2004.
- Cobo Medina, C.: *La locura en la infancia. La personalidad psicótica*, Simposio español de pediatría social, Tenerife, 1981.
- Ferrari, P.: *El autismo infantil*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2000.
- Ferrari, P., Epelbaum, C.: *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, París, Médecine-Sciences Flammarion, 1993.
- Kreisler, L.: *Pédiatrie et psychiatrie de l'enfant: l'enfant malade*, en Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M.: *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 2.^a ed., vol. 1, París, PUF, 1995.
- Lang, J.-L.: *Introducción a la psicopatología infantil*, Madrid, Paraninfo, 1985.
- Levi-Montalcini, R.: *Tiempo de cambios*, Barcelona, Península, 2005.
- Misès, R., Quemada, N., Botbol, M., Bursztejn, C., Durand, B., Garra-bé, J., Golse, B., Jeammet, P., Plantade, A., Portelli, C., Thevenot, J. P. (2002): Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent: la CFTMEA R-2000. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2002; 50: 1-24.
- Organización Mundial de la Salud, Clasificación multiaxial de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes. Madrid, Editorial médica panamericana, 2001.
- Parker, S., Zukerman, B.: *Pediatría del comportamiento y del desarrollo*, Barcelona, Masson-Little, Brown, 1996.
- Tordjman, S., (2005): Des résultats de l'imagerie cérébrale dans l'autisme à leur interprétation. *Le Carnet PSY*, 97, 24-26.
- Tustin, F.: *Estados autísticos en los niños*. Barcelona, Paidós, 1987.