

PSIQUIATRÍA

Síndromes psíquicos agudos

R. Ferrer i Gelabert

De buen comienzo advertimos que nuestra comunicación no se ajusta exactamente al título de la misma: "síndromes psíquicos agudos" el cual, ya en sí mismo, encierra cierta contradicción en función de las características epistemológicas de la palabra "síndrome psíquico" con la palabra "agudo"; nuestra concepción de síndrome psíquico conlleva la noción de "cuadro" o "estructura patológica de la personalidad", lo cual difícilmente reunirá la condición de agudo en el sentido de brusco, insospechado y subsidiario de un tratamiento de urgencia. Así pues, consideramos más adecuado el entender los "síndromes agudos" como los *signos de alarma* que, en cada momento de la evolución del niño, deben alertar al pediatra sobre la posibilidad de una alteración estructural subyacente. Ello no obstante hubiera requerido un estudio longitudinal de la evolución fisiopsicológica del niño normal, señalar los múltiples signos o síntomas de "anormalidad", distinguir aquellos que, aislados o en conjunto, pueden comprometer seriamente una evolución armónica, para finalmente abordar la comprensión de los aspectos evolutivos de los grandes síndromes psicopatológicos.

Como todo ello sería más propio de un manual de psicopatología evolutiva que de una breve comunicación, hemos preferido ajustarnos a dos aspectos que creemos de interés:

- a) Lo normal y lo patológico.
- b) Signos de alarma en el desarrollo psíquico del niño y el adolescente.
- c) Problemas especiales.

LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO

Si bien el dualismo normal-patológico ya se presta a difícil determinación y a abundantes criterios descriptivos y definitorios, en el caso de la evolución psicobiológica infantil deviene prácticamente irresoluble, al tener presente el carácter eminentemente adaptativo, evolutivo y estructural de la misma. El síntoma patológico deberá ser interpretado entonces como la "figura" que aparece sobre un "fondo" de desorganización y siempre relacionado con éste. E incluso sería preferible abandonar la idea de

“estructura normal” para preferir el concepto de “estructura en proceso continuo de adaptación”; así, un signo o sintoma que tendría valor por sí mismo puede devenir un eslabón necesario, una defensa, en el proceso general del desarrollo. Por ejemplo, recordamos que la tartamudez, trastorno emisorio del habla, es casi siempre un signo patológico, pero en el niño de 3-4 años la tartamudez que persiste durante unos meses significa un mecanismo normal de comunicación y puesta en práctica de un lenguaje recientemente adquirido.

Finalmente, citando a los clásicos, decimos que “la enfermedad es una no adaptación de las exigencias íntimas y a las del mundo externo, unida a una incapacidad de reversibilidad e imposibilidad descentradora; pero un síntoma o una conducta no son patológicos sino con respecto al grado de evolución, a la situación presente y al sistema de motivaciones”.

SIGNOS DE ALARMA EN EL DESARROLLO PSÍQUICO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

I *Lactante (de 0 a 6 meses)*

Hipertonía. Irritabilidad	}	Lesión neurológica
Pasividad. Letargia		
Indiferencia a estímulos	}	Autismo
Ausencia sonrisa (> 3 m.)		
Detención o retraso crecimiento y desarrollo psicomotor	}	Lesión neurológica
		Carencia afectiva
		Hipoestimulación
		Depresión anaclítica
Trast. alimentación o sueño	}	Ansiedad materna o ambiental
Irritabilidad		

Actitud padres (madre): Abandonista o indiferente. Incapaz, por excesiva ansiedad o trast. personalidad graves.

II *Lactante mayor (de 6 a 18 meses)*

Retraso crecimiento y desarrollo psicomotor (no inicia marcha > 16 m.)	}	Alt. neurológica o carencia afectiva
Hábitos motores (balanceo, jactatio capitis, masturbación, etc.)		
Ausencia de contacto afectivo ni reacción de angustia de separación (> 8 m.)	}	Psicosis simbiótica.
		Psicosis
		Estructura depresivo-ansiosa (que en la adolescencia puede manifestarse como anorexia mental, depresión, suicidio)
Excesiva sumisión y dependencia de la madre (> 18 m.)	}	Relación simbiótica
No aparece el “no”, ni negativismo		Estructura depresiva
		Debilidad ióica

No aparición de mecanismos de lenguaje comunicativo (> 12 m.)	{	Iniciación diferida lenguaje Psicosis
<i>Actitud padres (madre):</i> Intolerante o frustrante. Facilitante y que favorece la dependencia.		
III <i>Párvulo y preescolar (de 18 m. a 5 a.)</i>		
Trastornos de alimentación (anorexia del 2.º semestre) y del sueño	{	Ansiedad Hábito neuropático
Hábitos motores (tics, inestabilidad, masturbación, onicofagia, etc.)	{	Carencia afectiva Alt. EEG. Preneurosis
Ausencia palabras simples (> 2 a.)	{	Hipoestimulación Iniciación diferida lenguaje Psicosis Audiomudez, afasias, etc.
Ausencia frases (> 3 a.)	{	Retardo estruct. simbólica Debilidad mental.
No usa el "yo" (> 2 a.)	{	Déficit de identificación Psicosis
Trast. del sueño (terrores, pesadillas, sonambulismo, agitación, etc.)	{	Alt. EEG. Ansiedad
Trast. alimentación (anorexia, bulimia, selección, pica, etc.)	{	Ansiedad Tiranización Regresión Preneurosis
Trast. esfinteriales (no control esfínteres > 3 a.):		
Enuresis primaria	{	Déficit neurológico
Enuresis secundaria	{	Preneurosis. Regresión
Encopresis	{	Preneurosis
Manifestaciones psicósomáticas (asma, úlcus gastroduodenal, colitis, alopecia areata, cefaleas, abdominalgias)	{	"Factor terreno" asociado a alt. relacional o afectiva Preneurosis. Est. depresivo
Indiferencia afectiva, aislamiento, incomunicación, estereotipias, conducta clásica, trast. lenguaje)	{	Psicosis Psicotización (Debilidad mental) Esquizofrenia
Disociabilidad (> 5 a.). Retraimiento	{	Regresión Dependencia Reacción depresiva
Hábitos regresivos (succión pulgar, alimentos triturados, regresión control esfinterial, habla infantilizada, etcétera)	{	Debilidad ioica Dependencia Preneurosis
Fobias, hábitos obsesivos y anancásticos (fobia escolar, excesiva escrupulosidad, hábitos ordenancistas, rituales, etc.)	{	Preneurosis Dependencia Ansiedad

Actitud padres: Rechazante. Agresiva y/o brutalizante. Alt. en la identificación sexual filial. Dependiente y no estructurante.

IV *Escolar (de 5 a 12 años)*

Dificultades de adaptación o rendimiento escolar	}	Trast. personalidad
		Debilidad mental
		Déficits instrumentales
Disociabilidad, tristeza, apatía, lloros, insomnio, somatizaciones	}	Reacción depresiva
Trast. de conducta graves (irritabilidad, crisis agitación psicomotora, paso al acto, auto y heteroagresividad, clastomanía, etc)	}	Caracteropatías
		Alt. EEG.
		Neurosis
Tics, fobias, rituales, obsesiones, tartamudez, ansiedad libre, distimias, regresiones, etc.	}	Psicosis. Esquizofrenia
Alt. del área sexual (exhibicionismo, masturbación, excesivo preocupación o culpabilidad)	}	Inducción ambiental
		Alt. EEG.
		Debilidad mental
		Psicosis
		Caracteropatías

Actitud padres: Facilitantes y sobreprotectores. Hiperexigentes. Con alteraciones graves de la personalidad (neurosis, psicosis) o hábitos (alcoholismo, agresividad). Disfunción educacional.

PROBLEMAS ESPECIALES

El suicidio o su intento

El suicidio o su intento es muy raro en la infancia, pero su incidencia aumenta con la edad; por ello, es una situación que no debe descartarse en la pubertad o adolescencia: un tercio de las causas de muerte en la adolescencia es el suicidio.

Las edades de acmé parecen ser sobre los 10 años y, posteriormente, de los 15 a los 19 años; no existe una predominancia clara entre los sexos pero parece más frecuente entre los varones. Parece ser que el suicidio es más frecuente entre niños perturbados emocionalmente que entre niños débiles mentales, epilépticos o psicóticos, como se creía antaño. Según Tramer deben tomarse igualmente en cuenta las amenazas de suicidio, las ideas suicidas y los intentos del mismo, ya que a nivel de estructura de la personalidad tienen el mismo valor.

Entre las causas que impulsan al suicidio consideramos:

- Las situaciones de tensión, graves y repetidas, con la noción de fracaso como único mecanismo de defensa.
- Experiencias en situaciones psicotraumáticas graves (fallecimiento de familiares, agresiones sexuales o no ,etc.).
- Como expresión de un acto autoagresivo pulsional.
- Factores de "imitación" o inducción del ambiente.

Parece que en el niño pequeño es más frecuente el acto suicida mediante actos violentos y traumáticos (defenestración, ahorcamiento, etc.) mientras que el adolescente usa medios lentos y no traumáticos (ingesta de tóxicos, gas, etc.). Generalmente el posible suicida manifiesta una personalidad depresiva, con sentimientos de soledad, infelicidad y deseos de muerte, dejando con gran frecuencia "avisos" premonitorios de su acción (cartas, despedidas, alusiones, etc.). Las ideas, amenazas o intentos de suicidio requieren la inmediata actuación del médico o bien del psiquiatra.

Ante una tentativa de suicidio es preferible seguir cierta línea de acción:

- Cuidados médicos de urgencia de la agresión física.
- Control, por parte de los facultativos y de los padres, de las reacciones de intranquilidad, desesperación, culpa y resentimiento que aparecen con frecuencia.
- Asistencia psiquiátrica (a menudo rechazada por los padres, que intentan ocultar el intento o minusvalorarlo a consecuencia de sus propios sentimientos de culpabilidad). La entrevista con el paciente será urgente, pero nunca tenaz ni agobiante. En ocasiones debe procederse al internamiento en centro hospitalario adecuado, con una reintroducción progresiva a la vida cotidiana, pero manteniendo un tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico.

Con harta frecuencia se producen nuevos intentos si se minusvaloran los medios ambientales donde se desenvuelve el paciente, por lo que se requiere un tratamiento general del ambiente (familiar, escolar, etc.).

Agresiones sexuales. La violación

La pedofilia (acciones sexuales con un menor llevadas a cabo por un adulto) puede manifestarse de diversas maneras, desde el exhibicionismo hasta la violación con agresión. Entre ellas no deben olvidarse las situaciones de incesto. La repercusión psíquica sobre el niño depende mucho de la reacción ambiental y de la anterior educación y medio del niño, así como de la edad y momento evolutivo del mismo. Ante un ataque sexual interesan más la actitud del agresor y la situación ambiental que el hecho en sí.

El médico debe actuar en estos casos:

- Efectuando una recopilación y registro de datos y pruebas para su posterior entrega a las autoridades judiciales.
- Determinar si hubo infección, enfermedad venérea o embarazo.
- Valoración física del paciente.
- Tranquilización del niño, mediante actitudes verbales o sedantes.
- Asesoramiento a los padres y tranquilización de los mismos (ya que de su actitud dependerá fundamentalmente que existan o no repercusiones psicológicas para el niño).
- Descartar situaciones muy frecuentes de exageración o "fantasía" sexual del niño al relatar los hechos (relacionados con deseos inconscientes del propio niño, sobre todo en casos de "incesto").

En resumen, se deberán evitar situaciones de aparatosidad, tanto familiar o social como jurídico-legales, ya que el niño olvida mucho más la situación sexual que la repercusión ambiental de la misma.

La agresión física. La brutalización.

El síndrome del "niño apaleado" no es infrecuente, dependiendo mucho del nivel socioeconómico y cultural. El médico debe sospechar ante un niño

que presenta traumatismos de los que los padres no dan una explicación clara, máxime cuando el niño aparece como apático, retraído, triste y atemorizado, pudiendo presentar al mismo tiempo trastornos neuróticos o de stress emocional (enuresis o encopresis, vómitos, anorexia, etc), e incluso un comportamiento irritable y agresivo. La personalidad de los padres que brutalizan suele ser muy variada, pero generalmente presentan rasgos de severas alteraciones de la personalidad o de hábitos (psicópatas, esquizofrénicos, débiles mentales, alcohólicos, drogadictos, etc.). El medio social suele ser bajo y con un elevado componente de agresividad y violencia.

El médico debe denunciar los hechos judicialmente, al mismo tiempo que intentar el tratamiento psicológico del niño y de los padres.

La enfermedad y la hospitalización del niño.

Los niños reaccionan muy diversamente ante la enfermedad o la hospitalización, pero en general el niño menor de 3-4 años reacciona con ansiedad masiva (lloros, agitación, anorexia), mientras que el niño de 4 a 10 años acostumbra a efectuar mecanismos regresivos (conductas infantiles, reaparición de accidentes esfinteriales, selección de alimentos, miedos nocturnos, etc.). Pero sobre todo, el niño enfermo es extremadamente sensible a la ansiedad de los familiares.

Por ello, a ser posible, debe procurarse que el niño pequeño mantenga contacto con la madre y ser manejado con un trato correcto y afectivo. Al niño mayor deberá explicársele detalladamente lo que tiene y lo que se pretende hacer, uno o dos días antes de la hospitalización.

Muchas de las reacciones emocionales de un niño a la hospitalización no aparecen sólo durante el ingreso sino después, una vez se halla en su casa. Para evitar posibles trastornos psicológicos al niño enfermo y hospitalizado puede ser de utilidad:

— Aconsejar y tranquilizar a los padres con entrevistas personales, intentando reafirmarlos y bajar su nivel de ansiedad.

— Hablar al niño de su retorno a casa. Permitirle conservar juguetes u objetos que, a modo de amuleto, protejen al niño en un ambiente hostil.

— Intentar mantener, en el hospital, los mismos hábitos que el niño tenía en casa, evitando los cambios de "ambiente" en el mismo hospital (cambios de enfermeras, salas, camas, compañeros, etc.).

— Facilitar, en lo posible, el juego y las expresiones plásticas (dibujo, etc.), ya que el niño consigue dominar y controlar su miedo y ansiedad mediante la representación simbólica de lo que le ocurre.

En el caso de tratarse de enfermedades incurables y fatales, el médico debe no sólo de aliviar el dolor, sino también evitar los sentimientos de soledad, desesperación y ansiedad que el niño puede experimentar. La actitud del niño ante la muerte varía con la edad, evolucionando desde un total desconocimiento de la misma (4 años), una noción de ausencia o separación provisional (6 años), una noción "social" ligada a entierros, lutos, ceremonias, etc. (7-8 años), hasta la concreta noción de muerte irreversible (9 años en adelante). El médico debe tener en cuenta este fenómeno y valorar también cómo el niño ha afrontado su enfermedad en función de su personalidad. A los padres deberá dárseles conocimiento progresivamente y detalladamente de la evolución.

La adopción.

Existen numerosos mitos, fantasías y prejuicios sobre el aspecto de la adopción, siendo los más conocidos el desconocimiento por parte de los padres adoptivos de los "antecedentes" del niño y la posibilidad de que el niño adoptado sea "tarado" física o psíquicamente. El médico debe indagar cuidadosamente los motivos que llevan a una pareja a la adopción de un niño (esterilidad, impotencia, cuestiones morales, personales, etc.) al tiempo que examinar al niño que se pretende adoptar. Queda entendido que los problemas derivados de la adopción lo son tanto en función del niño como de los padres adoptantes.

Se considera que la mejor edad para adoptar un niño es que éste tenga entre 3 y 6 meses, siempre antes del año; así se desconocen muchos aspectos de la futura evolución del niño pero se evitan los trastornos afectivos y de estimulación que un niño ya mayor puede presentar como consecuencia de sus ambientes anteriores.

Resumiendo, una adopción se efectuará en óptimas condiciones teniendo presente una cuidadosa elección de los padres adoptantes y una edad precoz del niño adoptado. En cuanto a cuándo debe revelarse al niño su condición de adoptado, se coincide que sobre los 3 ó 4 años, que es precisamente cuando el niño empieza a hacer preguntas sobre el nacimiento y su origen; debe usarse el término de "adoptado o elegido", respondiendo al niño sólo aquello que quiere saber, sin omitir ni, por el contrario, extenderse en complejas explicaciones.

El divorcio.

El divorcio es un proceso, no un suceso. Es la legalización de un fracaso y la consecuencia de un "divorcio emocional" anterior. Por ello, los posibles trastornos que un divorcio puede acarrear a un niño dependen mucho más de la situación anterior que del divorcio en sí. No obstante, la decisión puede conllevar una serie de reacciones en el niño, dominadas sobre todo por los sentimientos de abandono, de inseguridad y de culpabilidad. La reacción más común es la depresión, que se manifiesta con ansiedad, aislamiento, anorexia, temores, pesadillas, etc. A largo plazo acostumbran a aparecer trastornos del comportamiento. El que los niños queden con el padre o la madre depende de múltiples factores, pero es esencial valorar la edad y momento psicológico evolutivo del niño. Ambos padres deben mostrar una actitud coherente con el niño, resistiendo los posibles intentos de chantaje afectivo de éste. Tanto los padres como el médico, si es consultado, deberán explicar al niño las razones de la decisión, reforzando especialmente que ésta no tiene ninguna relación con los sentimientos que ambos padres tienen y mantienen con él. Debe aconsejarse la consulta al psiquiatra.