

María Cristina Herrero Rodríguez ¹ * 
Carlos Imaz Roncero ¹ 
Mónica Avellón Calvo ¹ 
Laura Molina Areses ¹ 

1. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid, España

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

María Cristina Herrero Rodríguez
Correo: mcherreroro@saludcastillayleon.es

*Las alucinosis entre la neurosis y la psicosis,
a propósito de un caso*

*Hallucinoses between neurosis and psychosis,
case report*

RESUMEN

Introducción: El desarrollo emocional durante la infancia y la adolescencia está determinado por varios factores, constituyendo una etapa crítica en el desarrollo personal y social. En este periodo pueden aparecer alteraciones de la percepción como las alucinosis. Son relativamente frecuentes y transitorias, por lo que su diagnóstico orienta hacia un proceso no psicótico, aunque tradicionalmente se ha vinculado al trastorno mental grave. **Descripción del caso clínico:** Se presenta el caso clínico de un varón que a los 15 años presenta alucinosis auditivas, sintomatología depresiva, ansiedad elevada y vivencias traumáticas con ingresos en Psiquiatría Infanto-Juvenil. La sintomatología del paciente ha fluctuado, alcanzando periodos de estabilidad, siendo crucial realizar un adecuado diagnóstico diferencial ya que las alucinosis auditivas pueden estar presentes en cuadros orgánicos, trastornos afectivos, trastornos adaptativos, trastornos de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos obsesivos-compulsivos (TOC), trastornos disociativos, trastorno de estrés posttraumático y trastornos psicóticos como las psicosis de inicio temprano (PIT) o experiencias pseudopsicóticas (psychotic-like experiences, PLEs). En nuestro caso, el contacto y la evolución no orientan hacia una estructura psicótica franca, sino que existen síntomas afectivos, obsesivos, disociativos o traumáticos y, en ocasiones

ABSTRACT

Introduction: Emotional development during childhood and adolescence is determined by several factors and is a critical stage in personal and social progress. During this period, perceptual disturbances such as hallucinations may develop. They are relatively frequent and transitory, so their diagnosis is oriented towards a non-psychotic process, although traditionally they have been linked to severe mental disorder. **Description of clinical case:** We present a case report of a male with auditory hallucinations at the age of 15 years, depressive symptoms, high anxiety and traumatic experiences with admissions in Child and Adolescent Psychiatry. The patient's symptomatology has fluctuated, reaching periods of stability, and it is crucial to carry out an adequate differential diagnosis because auditory hallucinations may be present in organic conditions, affective disorders, dissociative disorders, adaptive disorders, personality disorders, eating disorders, obsessive-compulsive disorders (OCD), post-traumatic stress disorder (PTSD) and psychotic disorders such as early-onset psychosis (EOP) or psychotic-like experiences (PLEs). In our case, the contact and evolution do not suggest a well-defined psychotic structure, rather, the symptomatology is characterized by affective, obsessive, dissociative,

de carácter psicótico. **Discusión y conclusiones:** La edad del paciente, su evolución y el tratamiento serán claves para aclarar el posible progreso hacia cronicidad o patología psicótica.

Palabras clave: psicosis, neurosis, alucinosis, trauma.

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones en la percepción durante la niñez y la adolescencia son procesos complejos, influenciados por una interacción de factores genéticos, ambientales y sociales. Estos procesos están condicionados, además, por las experiencias personales y el aprendizaje individual relacionado con la regulación y expresión de las emociones (1). Los niños y adolescentes durante el crecimiento van construyendo su mundo interno o mundo subjetivo que hace referencia a las imágenes mentales, representaciones y percepciones que forman la conciencia de la persona. Es un conjunto dinámico e individual que se modifica continuamente por la interacción de las emociones y los pensamientos siendo una interpretación personal del mundo externo. En este contexto, las alteraciones de la percepción deben diferenciarse entre las percibidas como reales y las no reales (1,2).

Las alucinaciones se describen como la formación de imágenes sensoriales en ausencia de un estímulo externo real, es decir, una percepción sin base en el entorno físico observable o como una experiencia anómala operativa que no puede ser validada por otros observadores y sin conciencia de su irrealidad para el paciente. Las pseudoalucinaciones o imágenes anómalas, en cambio, representan la combinación de la percepción real e imagen mental recordando a una alucinación sin tener los elementos esenciales de la misma. Entre estas se incluyen las alucinosis, en las que la persona tiene conciencia de la irrealidad de lo que percibe. Otros fenómenos dentro de este grupo son las ilusiones, las imágenes alucinoides, las imágenes consecutivas, las imágenes parásitas, las imágenes mnésicas y eidéticas, los amigos imaginarios y otros fenómenos relacionados con el sueño como las

or trauma-related features, and occasionally psychotic nature. **Discussion and conclusions:** The patient's age, evolution and treatment will be the key in clarifying the potential progression towards chronicity or psychotic pathology.

Keywords: Psychosis, neurosis, hallucinosis, trauma.

imágenes hipnagógicas (cuando el paciente se queda dormido) o las imágenes hipnopómpicas (cuando el paciente se despierta) (3).

Se considera que las alucinosis no constituyen un diagnóstico en sí mismas, sino que son indicativas de una buena capacidad imaginativa y tendencia a la introspección y las ilusiones y distorsiones perceptuales ilustran cómo los elementos del mundo interno pueden interferir en la percepción de la realidad externa.

Según la población etaria, se aprecian diferencias clínicamente significativas en la forma y contenido de las alteraciones de la percepción, especialmente en las alucinosis auditivas. En los adultos, suelen manifestarse como percepciones claras y persistentes y están comúnmente asociadas a trastornos orgánicos como la alucinosis alcohólica, psicosis orgánica, esquizofrenia y trastornos afectivos con síntomas psicóticos, requiriendo una evaluación rigurosa para identificar etiologías neurológicas o psiquiátricas subyacentes. En niños y adolescentes, suelen ser transitorias, menos definidas y vinculadas a estados emocionales, traumáticos o trastornos del desarrollo, lo que demanda una aproximación diagnóstica más amplia que incluya un diagnóstico riguroso evitando así sobrediagnósticos psicóticos prematuros (4,5).

Los estudios publicados sobre las alteraciones de la percepción en la infancia y adolescencia son escasos por la dificultad de acceso a esta población pero muestran que estos fenómenos son relativamente comunes en la niñez y orientan más frecuentemente hacia un proceso adaptativo en la infancia o adolescencia relacionado con la imaginación, las alteraciones del sueño, el duelo parental, las fobias o crisis de angustia, aunque la incidencia varía según la población elegida y tipo de estudio realizado (2). Otro aspecto relevante es que pueden tener diferentes significados según el momento de la vida al que

26

estén asociados y el grado de persistencia a lo largo del tiempo considerándose predictor de trastorno clínicamente significativo (6).

Sabemos que las alteraciones de la percepción pueden estar presentes en los trastornos afectivos, en los trastornos depresivos con elevados niveles de ansiedad acompañados de sintomatología como apatía, anergia y anhedonia, trastornos conductuales y adaptativos, trastornos de la personalidad, los trastornos de estrés, tanto en sus formas agudas como crónicas, así como en el trastorno de estrés postraumático. Además, pueden observarse en trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia donde aparecen las distorsiones corporales, o en los trastornos obsesivos-compulsivos (TOC) donde las rumiaciones adquieren un carácter intrusivo y sonorizante, que puede a su vez estar en relación con los fenómenos de flashback o invasivos de las experiencias traumáticas vividas. En el ámbito de los trastornos psicóticos, son frecuentes en las psicosis de inicio temprano (PIT) que posteriormente pueden evolucionar hacia una esquizofrenia o hacia un trastorno bipolar con sintomatología psicótica (7). Por ello, es trascendental abordar estas patologías en el diagnóstico diferencial, considerando tanto las comorbilidades asociadas como los posibles trastornos primarios.

La prevalencia de alucinaciones auditivas en la población general oscila entre el 5% y el 28%. Se ha demostrado que pueden aparecer en población general sin ningún diagnóstico psiquiátrico a lo largo de su vida siendo más frecuentes en pacientes con psicosis. Se observan en el 75% de los individuos con esquizofrenia, 20-50% de los individuos con depresión maníaca, 10% de individuos con depresión mayor, y 40% de individuos con trastorno por estrés postraumático (TEPT). La prevalencia es del 9% y hasta 16% en niños y adolescentes, respectivamente, presentes con mayor frecuencia en el contexto de trastorno de alteración de conducta, migraña y ansiedad. Asimismo, la tasa de remisión de las alucinaciones auditivas en la adolescencia oscila entre el 3% y el 40% (8). La evidencia disponible sugiere que la experiencia de "oír voces" incluyendo aquellas en el contexto de trastornos psicóticos, pueden ser entendidas de manera más apropiada como un fenómeno disociativo o de incongruencia del yo que resultan del trauma, aunque no exclusivamente de

abuso sexual infantil (9). Las experiencias traumáticas tempranas afectan de forma crítica el neurodesarrollo facilitando la aparición de distorsiones perceptivas que, aunque no constituyen psicosis en sentido estricto, generan confusión diagnóstica con cuadros psicóticos de inicio temprano. Pueden provocar una hiperactivación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA), lo que incrementa la vulnerabilidad a reexperimentaciones perceptivas del trauma, como los flashbacks, que en algunos casos pueden alcanzar características alucinatorias.

Cuando estas alteraciones aparecen en los trastornos afectivos como el trastorno depresivo mayor y la depresión psicótica se relacionan con las alteraciones cerebrales de los circuitos que regulan las emociones (como la amígdala) y la percepción (como la corteza temporal y occipital), la disfunción de ciertas áreas cerebrales y el desequilibrio de los neurotransmisores de serotonina y dopamina. El sistema nervioso central juega un papel fundamental y a pesar de que las alucinosis no suelen ser una característica central del estado de ansiedad, en situaciones de estrés agudo o angustia las personas pueden experimentar sensaciones extrañas o alucinósicas que son más perceptuales que reales. Asimismo, en los ataques de pánico o estados disociativos pueden experimentar visiones distorsionadas, distorsión del tiempo y sensación de irrealidad relacionada con la desconexión emocional y la alteración de la conciencia o la memoria (10).

Históricamente, las alucinosis se han relacionado con el trastorno mental grave como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, más prevalentes en fase de manía en lugar de episodios depresivos pudiendo ser indicativos de trastornos psicóticos en etapas posteriores del desarrollo. Las psicosis de inicio temprano (PIT) son un conjunto de cuadros heterogéneos y graves de síntomas psicóticos que aparecen antes de los 18 años y tienen un origen multifactorial que incluye factores genéticos, neurobiológicos, ambientales y psicosociales. Su epidemiología global es poco conocida por la ausencia de estudios sistemáticos ya que la mayoría de los estudios epidemiológicos están realizados en población adulta o no diferencian a la población incluida por rangos de edad. Otra limitación es la que la gran parte de los estudios solo incluyen

la esquizofrenia y el trastorno bipolar con síntomas psicóticos. En la psicosis la presencia de sintomatología prodrómica como enlentecimiento psicomotor, discurso incoherente o alteración del curso o contenido del pensamiento con delirios apoyarían el diagnóstico de trastorno mental grave (11–13).

Otro diagnóstico diferencial relevante antes de realizar un diagnóstico de psicosis en un menor son las experiencias pseudopsicóticas (psychotic-like experiences, PLEs). Son fenómenos que incluyen alucinosis, alucinaciones auditivas verbales (AVHs), alucinaciones visuales y pensamiento desorganizado, similares a la sintomatología de la psicosis, pero que no cumplen con los criterios diagnósticos necesarios para un trastorno psicótico. Son relativamente frecuentes en todo el espectro de trastornos psiquiátricos y pueden estar presentes en la población general, aunque la prevalencia varía según los instrumentos de evaluación y la población estudiada (14).

No todas las PLEs en la infancia evolucionan hacia trastornos psicóticos; sin embargo, existen estudios que sugieren que pueden ser un indicador temprano de vulnerabilidad para trastornos psicóticos en la vida adulta, especialmente cuando las experiencias son recurrentes o muy intensas. Las voces en estas experiencias tempranas pueden presentarse de diversa forma y contenido. En su mayoría, son de carácter neutro, amigable, pero también pueden ser amenazantes. En algunos casos, pueden ser críticas o despectivas, generando angustia en el niño. En ocasiones identifican las voces como provenientes de personas cercanas, como familiares o amigos, lo que puede ocasionar confusión. También es posible que sean completamente ajenas, anónimas o no identificadas, lo cual podría sugerir un fenómeno más similar a lo que se observa en la psicosis (13).

Si bien pueden considerarse normales en ciertos contextos, como en momentos de estrés o angustia emocional, existen factores que pueden incrementar el riesgo de las PLEs como el estrés traumático o familiar y antecedentes familiares de psicosis. Asimismo, en la infancia y adolescencia, las alteraciones de la percepción asociadas a las PLEs pueden estar presentes en los trastornos del humor de forma relativamente frecuente con una prevalencia y evolución dependiente de la severidad y cronicidad

del trastorno, particularmente en formas graves (15,16). En este contexto, las PLEs pueden representar una comorbilidad psiquiátrica o una manifestación severa del ánimo en la infancia.

En el trastorno depresivo mayor, la presencia de alucinosis, alucinaciones y delirios es indicativo de una depresión psicótica o depresión mayor con características psicóticas. En el trastorno bipolar las voces pueden aparecer en la fase de manía, con contenido de grandeza e impulsividad o en la fase depresiva. Como inconveniente en la infancia y la adolescencia, pueden ser más difíciles de reconocer debido a las diferencias en la presentación clínica en comparación con los adultos. En los trastornos del humor suelen ser episódicas, aunque su aparición aumenta el riesgo de recaídas y complica el tratamiento. Estos síntomas pueden tener consecuencias devastadoras en la vida de los pacientes, implicando aislamiento, aumentando el riesgo de suicidio y causando un sufrimiento extremo.

Por la complejidad de estos aspectos explicados, un correcto diagnóstico diferencial radica en el impacto y la trascendencia que éste tiene en el manejo y tratamiento de un menor (7,15,16).

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un varón de 17 años en seguimiento en consultas de Salud Mental Infanto-Juvenil desde los 15 años porque escucha voces de origen desconocido que comentan qué hace y qué debe hacer. El paciente reconoce que son una percepción individual, solo lo escucha él y realiza crítica del contenido de las voces en relación a ciertos contenidos morales. Describe imposición del pensamiento, con tendencia a sobrepensar, experimentando presión constante de hacer las cosas de manera correcta ya que, si no lo hace, siente que algo malo ocurrirá. Fue derivado a consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil desde su centro educativo al que informó sobre la presencia de las voces que comenzaron tras una intervención quirúrgica de osteocondromas en extremidades inferiores seis meses atrás. Posteriormente, lo relaciona de manera temporal con la práctica sexual de BSDM (Bondage, uso de ataduras como práctica sexual; Sadismo,

Dominación y Masoquismo). Desde el inicio expresa relaciones fantasiosas con uso habitual de motes en las que simulan relaciones afectivas y juegos sexuales que, inicialmente, minimiza, pero luego reconoce prácticas sexuales con personas mayores de edad cuando él tenía 14 años.

Como antecedentes personales, el embarazo transcurrió sin complicaciones, y el parto fue por cesárea debido a preeclampsia. Los hitos del desarrollo se alcanzaron de manera adecuada y el menor tuvo una buena adaptación en la guardería. Fue intervenido al cumplir los 15 años por osteocondromas extremidad inferior, anestesiado con midazolam 2 mg y propofol 150 mg y ha estado en tratamiento por crisis migrañosas por lo que se realizó un TAC cerebral descartando patología orgánica relacionada. Tuvo su primer contacto con Salud Mental a los 6 años con psicología por terrores nocturnos (auto y heteroagresividad) y dificultades de relación y adaptación en el entorno escolar, las cuales mejoraron con el inicio de la educación secundaria. Vuelve a acudir a consultas de Salud Mental a los 13 años presentando cefalea, elevada angustia, fobias de impulsión, rumiación del pensamiento, sentimientos de soledad y cierta autorreferencialidad.

Los resultados escolares han sido adecuados hasta la aparición de las voces, aunque consiguió acabar los estudios de la E.S.O. Posteriormente, se matricula en un grado medio de auxiliar de clínica que no puede realizar y en la actualidad repite el primer curso del grado con dificultades para afrontarlo, acudir a clases y tener una rutina con desvinculación escolar por ansiedad anticipatoria. El menor no consume tóxicos. Tiene antecedentes familiares en Salud Mental: la madre presenta un trastorno psicótico residual, un trastorno adaptativo mixto con rasgos disfuncionales de personalidad, tanto del grupo B como C, y síndrome depresivo con múltiples ingresos hospitalarios por intentos autolíticos.

Las relaciones parentales han sido complejas. Con su madre, ha adoptado en la infancia un rol de cuidador, evidenciando procesos de parentificación emocional con una inversión de roles, confusión generacional y un tipo de relación materno-filial dual donde el hijo se hace cargo del bienestar afectivo de ella, lo que puede haber limitado el desarrollo de un apego seguro al

impedirle experimentar contención adecuada en etapas tempranas. Con su padre, la relación ha sido cambiante, mostrando una gran demanda de atención y cuidado, lo cual sugiere una búsqueda activa de vinculación afectiva en el inicio de los síntomas.

Reside en una zona rural de la metrópoli de la capital desde la separación de sus padres a los 11 años. Recuerda que su elección de ir con el padre desencadena un intento autolítico de su madre que motiva un ingreso de ella y que, al menos inicialmente, le hizo sentirse muy culpable. Ha vivido temporadas con la pareja del padre y una de sus hijas, también adolescente, que presentó un cuadro que inicialmente fue catalogado como un cuadro disociativo grave y que, finalmente, fue filiado como encefalitis secundaria a teratoma de ovario. Dicho cuadro coincidió temporalmente con el inicio de sus síntomas y provocan un sentimiento de separación y abandono por parte del paciente, ya que le obligaron a irse de casa una temporada por las dificultades de manejo del caso.

Desde la aparición de estos síntomas, el paciente ha experimentado un notable aumento en su nivel de ansiedad, se muestra desmotivado, con aumento de crisis migrañosas y peor rendimiento académico. A nivel social, ha reducido significativamente sus interacciones limitándose a mantener únicamente su participación en un deporte de equipo, *Jugger*. Ha presentado conductas sexuales de riesgo que parecen reflejar una dinámica basada en relaciones destructivas donde se posiciona en uno de los extremos de dañar o ser dañado. Además, las voces le inducen al suicidio realizando gestos como de tirarse por las escaleras en el Instituto de Educación Secundaria que, en un principio, son contenidos y manejados ambulatoriamente. En su cuerpo, llama la atención la presencia de quemaduras en extremidades inferiores y arañazos en las caderas siendo incapaz de identificar cuándo y cómo se realizan, negando que sean comportamientos conscientes, pero reconociendo que surgen en momentos de elevada ansiedad (ver [Figura 1](#)). Se inició tratamiento farmacológico con alprazolam 1 mg/día, escitalopram 10 mg/día y quetiapina 25 mg/día, con lo que se mantiene estable varios meses pero que, posteriormente, se modifica por empeoramiento de la sintomatología.

A raíz de las lesiones, del incremento de las voces (“escucho cosas del pasado”), síntomas de despersonalización como “no puedo mirarme en un espejo” o “veo a alguien que no soy yo, es como yo pero marcado” y la presencia de pesadillas en las que aparece alguien “como yo pero es alguien malévolo que hace daño a personas que quiero” realiza autointoxicaciones medicamentosas que motivan su primer ingreso en Pediatría a cargo de Psiquiatría, derivación a la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría y a la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de referencia. Refiere sensaciones cenestésicas bizarras de elevada intensidad y extrañeza, como la percepción la sangre recorriendo su cuerpo a través de las venas, el movimiento de sus vísceras o las conexiones de sus neuronas mientras tiene pensamientos. Lo percibe como una disgregación corporal con desconexiones emocionales parciales con escasa repercusión afectiva. Debido a este empeoramiento y alteración del ciclo del sueño por las pesadillas, insomnio de conciliación y sueño fragmentado, incrementa el malestar con su cuerpo y a su vez la restricción alimentaria

presentando una pérdida ponderal significativa (57,1 kg, 178 cm e IMC 18,02 kg/m²) con sentimientos de asco, repugnancia e inseguridad hacia las grasas e hidratos de carbono, así como rechazo hacia su cuerpo y temor a engordar, con conductas purgativas como vómitos. Anímicamente se encuentra hipotímico y subdepresivo con sentimientos de desesperanza, minusvalía e incapacidad y con dificultades para concentrarse. Socialmente tendencia al aislamiento abandonando su equipo de Jugger, ideas de muerte y se incrementan las autolesiones. Se muestra con cierta indiferencia emocional, pero a la vez demandando durante todo el proceso atención y con la vivencia que no se le hace caso o que se le quita importancia a sus síntomas y problemas.

Durante el ingreso y en el seguimiento ambulatorio, se realizaron diversas pruebas complementarias para descartar posibles causas orgánicas de la sintomatología. Estas pruebas incluyeron análisis sanguíneos completos, serologías, niveles de vitaminas y hormonas, análisis de orina (incluyendo pruebas para detectar sustancias tóxicas reiteradas siendo negativo en todas ellas) y estudios de imagen, tales como un

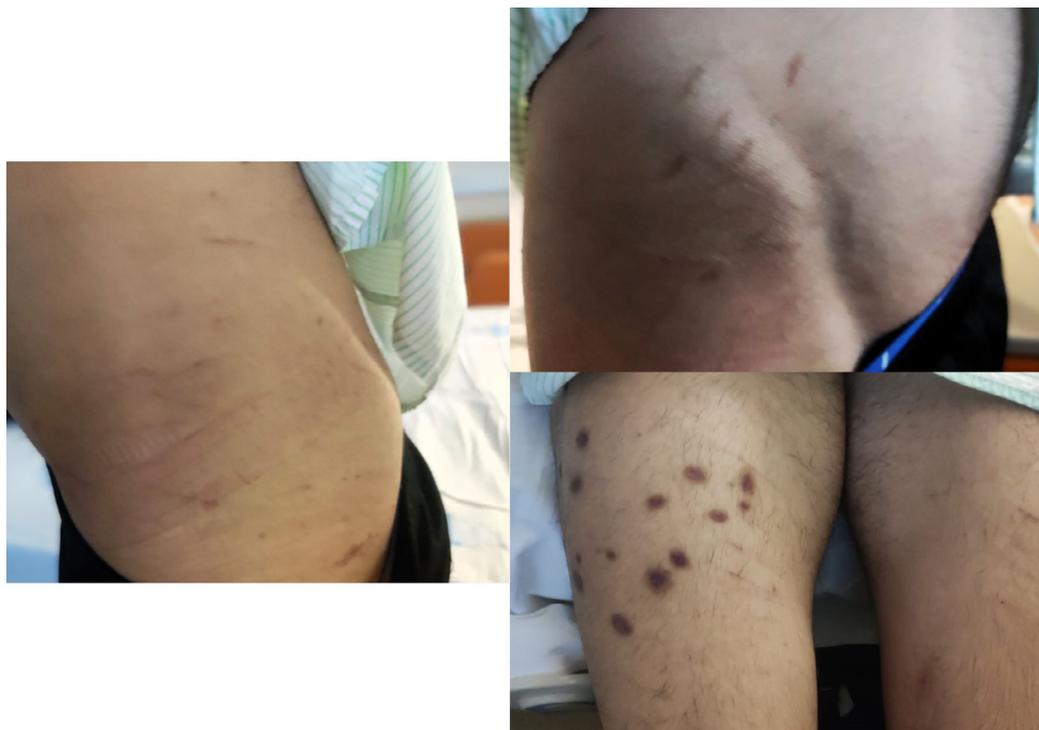


Figura 1. Lesiones de rascado en pelvis y quemaduras en cuádriceps

TAC y una RM cerebral. Los resultados de estas pruebas no mostraron ninguna patología orgánica que pudiera explicar los síntomas del paciente. Se encontraron niveles altos de prolactina secundario al tratamiento con neurolepticos.

A nivel cognitivo, se realizó la escala de inteligencia para adultos WAIS IV, concluyendo que la capacidad intelectual se encuentra dentro de un rango medio en comparación con otras personas de su grupo de edad con los siguientes resultados: Cociente Intelectual Total (CIT): 104; Índice de Comprensión Verbal (ICV): 108; Índice de Razonamiento Perceptivo (IRP): 104; Índice de Memoria de Trabajo (IMT): 100; Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP): 100.

Se aplicó el test MACI-II, para evaluar rasgos de personalidad y síndromes clínicos en adolescentes, dividido en identificación de los patrones de personalidad y análisis de las facetas de Grossman:

- La identificación de los patrones de personalidad ha indicado rasgos problemáticos de un constructo en diferentes escalas: Introverso (TB:89), Egocéntrico (TB:73), Tendencia al límite (71), Hostil (TB:71), Agraviado (TB:71), Dramático (TB:63), Rebelde (TB:68) y Resentido (TB:60). Indican rasgos de cierta gravedad en la línea de una intensa ambivalencia, labilidad emocional, conductas impredecibles y difusión de la identidad. Esta ambivalencia también puede marcar sus relaciones sociales las cuales suelen ser cambiantes por su percepción volátil del otro; lo que a su vez puede impedir el establecimiento de vínculos positivos. Existe falta de empatía y comprensión del otro, una visión hostil y desconfiada del mundo y una tendencia a la explotación interpersonal que entra en conflicto con una búsqueda del otro y de su atención, aprobación y seguridad. Aunque estén presentes ciertos rasgos del constructo narcisista (falta de empatía, explotación del otro), se observa también una importante tendencia a la autodenigración y el autosabotaje.
- Análisis de las facetas de Grossman: Introverso: temperamentalmente apático (PC: 84), Egocéntrico: interpersonalmente explotador (PC:93), Rebelde: interpersonalmente irresponsable (PC:82),

Hostil: interpersonalmente desagradable (PC:90) y temperamentalmente beligerante (PC:87), Resentido: autoimagen desanimada (PC:86) e interpersonalmente opositor (PC:89), Agraviado: cognitivamente inseguro (PC:77), autoimagen desmerecedora (PC:78) y temperamentalmente disfórico (PC:85). Destaca un marcado egoísmo, una desvalorización del otro y una tendencia a aprovecharse de los demás por sentirse en cierta medida merecedor de un trato especial. También reaparece la ambigüedad, indicando una tendencia a adoptar roles opuestos en las relaciones que oscilan entre la conformidad-dependencia y la independencia-assertiva pero amargada.

El paciente ha demandado siempre tratamientos farmacológicos que alivien y hagan desaparecer su malestar y sus síntomas. Se han realizado diversos cambios psicofarmacológicos que incluyen varios antipsicóticos (olanzapina 10 mg/día, aripiprazol 5 mg/día, risperidona 2 mg/día, paliperidona hasta 9 mg/día, quetiapina 100 mg/día), hipnóticos y sedantes (clonazepam 2 mg/día y 1 mg de rescate intramuscular, diazepam 15 mg/día, lorazepam 2 mg/día) y antidepresivos (escitalopram 10 mg/día, venlafaxina hasta 225 mg/día, mirtazapina 15 mg/día, trazodona 100 mg/día). El paciente solicitó repetidamente cambios en la medicación y aumento en las dosis, refiriendo alivio sintomático cuando la medicación se administraba por vía intramuscular, aunque la dosis aplicada fuera relativamente baja o se utilizara ocasionalmente placebo, sin que haya observado mejora con otros tratamientos.

Tras su primer ingreso de cuatro meses de duración, ha sido ambivalente en relación a su situación y su capacidad de decisión en el proceso terapéutico lo que ha conllevado un seguimiento exhaustivo en consultas ambulatorias por parte de psiquiatra infantil y de la adolescencia y de psicología clínica, seis ingresos desde los 16 años por sobreingestas farmacológicas graves que en algún caso ha precisado de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos, uso de recursos como Hospital de Día con retención para integración desde su tercer ingreso, un total de 11 atenciones en urgencias tanto en el centro de salud como en urgencias hospitalarias

tras demanda de soporte vital básico en su domicilio desde el inicio de su seguimiento ambulatorio. Ello ocurrió pese a contar con acceso a consultas sin cita previa y múltiples ajustes psicofarmacológicos, ninguno de ellos satisfactorio.

Asimismo, durante su posterior seguimiento ambulatorio verbaliza haber sufrido una agresión sexual de una persona que considera amigo, mayor de edad y que en su casa le fuerza al contacto sexual sin su consentimiento. Pese al impacto emocional, se niega a colaborar en la investigación policial derivada de la notificación a fiscalía que se realiza desde consulta y la denuncia realizada por el padre motivando el archivo de las actuaciones. Dicha experiencia se relaciona con el empeoramiento clínico que condujeron al primer ingreso, aunque dicho hecho no se conoció hasta meses después y durante su segundo ingreso. Evita profundizar en la exploración psicopatológica de este evento traumático lo que puede estar contribuyendo a la dificultad en su proceso de recuperación.

A nivel psicoterapéutico, se ha llevado a cabo una intervención ambulatoria intensiva en el marco de un dispositivo interdisciplinar, orientada a un paciente adolescente con sintomatología grave y riesgo autolítico. La coordinación del equipo ha sido esencial para evitar la fragmentación del abordaje y sostener una red contenedora ante una clínica altamente demandante. La variable forma de vincularse del paciente con cada uno de los profesionales o en los diferentes momentos de la terapia, ha conllevado el riesgo de ocupar lugares extremos por las proyecciones intensas que el paciente realiza en cada uno de los profesionales y la tendencia a establecer relaciones en las que busca, inconscientemente, dañar o ser dañado.

El enfoque ha integrado una perspectiva psicodinámica con elementos de la Terapia Basada en la Mentalización (MBT), adaptada a población infanto-juvenil con experiencias adversas tempranas (17). Se definieron tres focos de trabajo: autoestima, estilo vincular y autorregulación emocional, todos irrupidos por un sentimiento de culpa persistente (consciente e inconsciente) asociado a vínculos tempranos fallidos. Se ha tratado de comprender el significado de las manifestaciones sintomáticas en relación con las vivencias de la primera infancia

y las figuras de apego, y la función que estas manifestaciones cumplen en cada momento (17,18).

A lo largo de la terapia, se ha evidenciado una marcada dificultad para acceder a los aspectos nucleares de la psicopatología debido a una sintomatología grave que funcionaba como “cortina de humo” priorizándose lo urgente respecto lo importante dándose una identificación con el “rol de enfermo” y un riesgo de que las diferentes intervenciones, incluyendo los periodos de hospitalización, tuvieran un efecto iatrogénico. Ha sido fundamental mantener una posición activa para el cuidado de la relación y la alianza terapéutica, dada la dificultad observada en el paciente para confiar y su tendencia a poner a prueba al otro, buscar sus límites y explorar sus reacciones.

Esta dificultad para confiar, que se puede conceptualizar como una “desconfianza básica” (contraria a la confianza básica en relación con un estilo de apego seguro) conlleva dificultades en el área de la confianza epistémica y parece tener su origen en las vivencias en su infancia con sus figuras de apego y en las posteriores vivencias de rechazo o exclusión por parte de sus iguales. Esto genera una ambivalencia en la relación terapéutica: se pide ayuda, pero simultáneamente se rechaza, por el temor a la vinculación y a la dependencia, vividas como amenazantes.

En el área afectiva, aparece una importante dificultad para diferenciar las emociones propias y las del otro y dar sentido a la experiencia emocional, con una tendencia al desbordamiento ante las emociones intensas. Esto se traduce en mecanismos defensivos como la disociación, la autoagresión y conductas autolesivas, utilizando el cuerpo como medio de regulación emocional ante vivencias no mentalizadas.

Para entender el significado de las voces y del resto de manifestaciones de autoagresión resulta esencial el concepto de alien-self descrito como “un atormentador interno, con un constante odio a sí mismo y una ausencia de validación interna” y que tiene su origen en las dificultades en la función reflexiva parental (FRP) que conllevan en el niño una confusión entre los estados emocionales propios y los del cuidador y un sentimiento de ser responsable y/o culpable del malestar de sus figuras de apego (19).

32 Citando al paciente: “La voz me dice que no sirvo para nada, que hago todo mal, que soy una carga, que soy mala persona. Yo creo que es verdad y que me lo merezco”. “Algunas veces la voz es más agresiva que otras”.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y EVOLUCIÓN

La evolución del caso ha sido cambiante (ver Figura 2). En ocasiones ha tenido actitud colaboradora, suspicaz, demandante de atención o retardora; anímicamente, menor ansiedad o en ocasiones ha aumentado retomando las ideas de suicidio y autolesiones.

Durante el ingreso en la Unidad de agudos en estados de elevada ansiedad ha llegado a arrancarse las uñas de los pies negando dolor o molestias. Socialmente se mantiene aislado, abandonando su equipo, con absentismo académico, sin actividades de ocio e incapacidad para resolver conflictos con iguales. Persisten los sentimientos de inferioridad, baja autoestima y minusvalía. Hay una reducción de las sensaciones cenestésicas, aunque contenidas, los rasgos de neuroticismo están en primer plano, no ha

mostrado pensamiento desorganizado ni alteración de la cognición, aunque sí un empobrecimiento social y una pérdida de seguridad en sus capacidades cognitivas, y las alucinosis auditivas están presentes condicionando y limitando totalmente su vida. Pero sin que se pueda concluir en una estructura psicótica clara ya que la edad del paciente, la evolución de los síntomas y el tratamiento serán claves para el progreso hacia una posible cronicidad neurótica o a una patología psicótica.

Durante los ingresos, se han trabajado estrategias dirigidas al manejo del malestar y control conductual, identificando factores protectores del paciente como el ámbito deportivo o académico y refuerzo de vínculos familiares evitando el ensañamiento terapéutico.

DISCUSIÓN

Aunque las alucinosis en población infantil y juvenil suelen ser transitorias, pueden generar una elevada angustia. Resulta esencial realizar un correcto diagnóstico diferencial de las mismas en

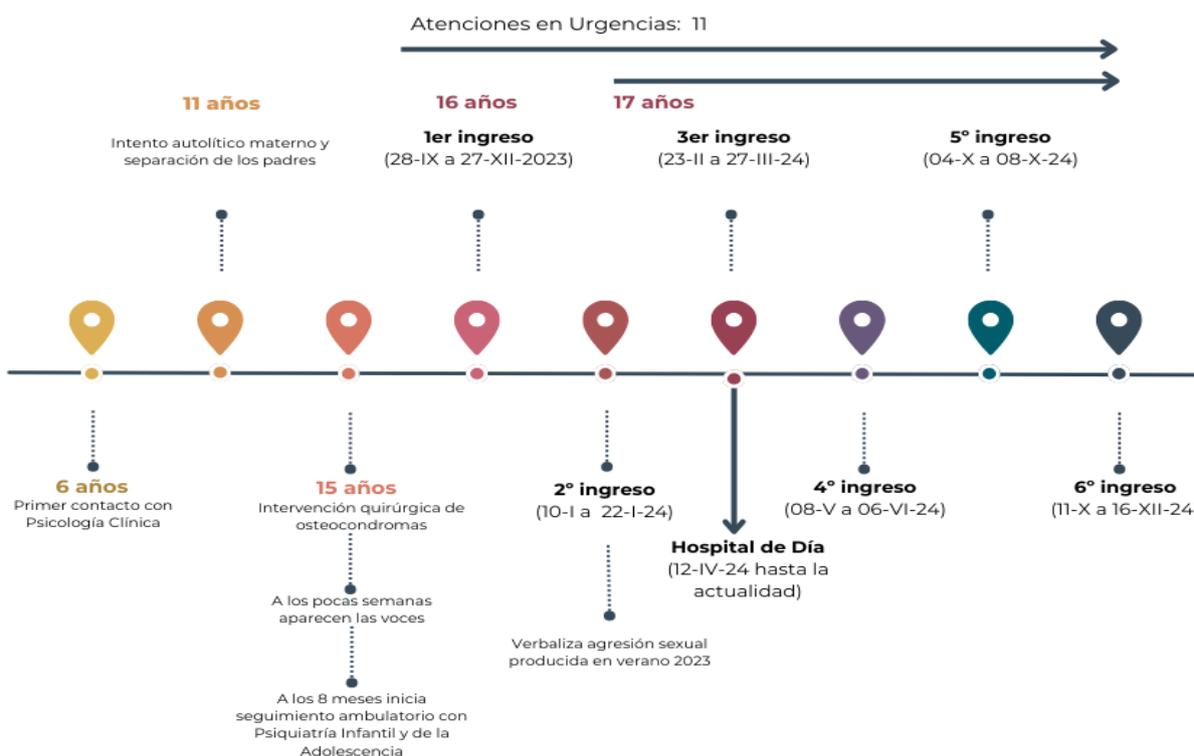


Figura 2. Cronología del caso clínico

esta población por el impacto, la vulnerabilidad y la variabilidad de los síntomas (1).

El caso clínico refleja la dualidad de las alteraciones perceptivas, presentes en distintas patologías, lo que subraya la necesidad de un diagnóstico diferencial cuidadoso entre síntomas neuróticos y psicóticos (ver [Tabla 1](#)).

El diagnóstico diferencial debe iniciar con trastornos orgánicos, como las migrañas, más comúnmente asociadas a auras visuales presentes en el paciente como antecedente en la infancia, los trastornos convulsivos, las neoplasias malignas, en este caso presentó a los 16 años un tumor benigno (ostecondroma), la encefalitis y el lupus; la patología tiroidea, la patología renal, las alteraciones de los iones y las infecciones (20). Asimismo, deben considerarse los trastornos afectivos, de ansiedad, conductuales y adaptativos, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), los trastornos de personalidad como trastorno de personalidad límite (TLP) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) muy presente al haber vivido una circunstancia adversa en la infancia en forma de enfermedad relevante precisando intervención quirúrgica, presenciar un intento autolítico materno y

la agresión sexual sufrida siendo menor. Se añadirían los trastornos con características psicóticas dado que las alucinosis auditivas persisten, aunque contenidas junto con sensaciones somatoestésicas y finalmente, las causas iatrogénicas como los efectos secundarios de tratamientos anestésicos (2).

En la adolescencia, estos fenómenos suelen ser más indicativos de psicopatología que en la infancia. En el caso presentado aparecen a los 16 años lo que constituye un factor de riesgo por su asociación con el uso de sustancias, aunque no fue el caso en este paciente, según analíticas repetidas en urgencias. Sustancias como el cannabis, los alucinógenos (LSD), las anfetaminas y la cocaína pueden inducir alteraciones perceptivas de diversa intensidad, incluso en ausencia de un trastorno psicótico estructurado (21,22). En la adolescencia, el sistema nervioso central aún está en maduración, lo que incrementa la vulnerabilidad a los efectos neurotóxicos y psicodélicos de estas sustancias. Además, el consumo precoz y persistente se ha asociado aumento de riesgo de suicidio, a una mayor probabilidad de aparición de síntomas psicóticos subclínicos y a un peor pronóstico

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la sintomatología presentada

Síntomas Neuróticos (Afectivo/Obsesivo/ Alimentario)	Disociativo/Traumático	Síntomas Psicóticos
Rumiación del pensamiento y sonoridad de este	Posibles imágenes intrusivas/parásitas	Posibles alucinaciones auditivas imperativas
Juicio de realidad conservado	Reminiscencias y evocaciones	Alucinaciones somatoestésicas y cenestésicas
Alucinosis	Vivencias de abandono	Autolesiones graves
Elevada ansiedad anticipatoria	Traumas infantiles	Susceptibilidad y vivencias de perjuicio
Sugestionabilidad y respuesta a placebo	Experimentaciones sexuales inapropiadas	Antecedentes familiares, carga genética
Baja autoestima con sentimientos de minusvalía	Agresión sexual/Violación	Disgregación psíquica/fragmentación
Sentimientos de desesperanza	Enfermedad relevante en la infancia	Aislamiento social
Inestabilidad emocional y ánimo bajo	Amnesias	Abandono académico
Aislamiento social	Alteración de la conciencia	
Inadecuada gestión de conflictos/interpretaciones	Despersonalización	
Ideas de muerte	Desrealización	
Rumiaciones obsesivas y pensamientos intrusivos	Poca resonancia emocional	
Restricción alimentaria y conductas purgativas (vómitos)	Embotamiento afectivo	
Vivencia negativa del cuerpo	Inestabilidad/fragilidad	
Temor a ganancia ponderal	Sentimientos de culpa	
	Alucinosis	

34

funcional a largo plazo, especialmente cuando existen factores predisponentes como antecedentes familiares de psicosis o trauma temprano (2,23,24).

En nuestro paciente se ha descartado como causa un proceso orgánico al no objetivarse alteración en las pruebas clínicas, tóxicos negativos y un proceso iatrogénico, por la posible relación con la anestesia de la cirugía realizada 6 meses antes de comenzar la sintomatología en este caso descartada al realizarse con midazolam 2 mg y propofol 150 mg. Otros anestésicos tienen efectos psicoactivos e inducen estados de alteración de la conciencia que pueden incluir la alucinosis como la ketamina, un anestésico disociativo que actúa bloqueando los receptores NMDA (N-metil-D-aspartato) en el cerebro, lo que puede interferir en la transmisión normal de señales neuronales y provocar distorsiones en la percepción, memoria y cognición (25). Esto puede dar lugar a alteraciones de la percepción y delirium postoperatorio, especialmente en dosis altas o en pacientes susceptibles. Otros agentes como el óxido nítrico que tiene un efecto sedante y analgésico sobre el sistema nervioso central, o el desflurano y el sevoflurano tienen un perfil de efectos secundarios que pueden inducir alucinaciones en ciertos individuos (26). Normalmente, estos fenómenos se observan en el período de recuperación postoperatoria, es decir, limitados en el tiempo. No es el caso del paciente ya que observamos una evolución de los síntomas de más de dos años.

Otro aspecto relevante es la carga genética, dado el antecedente materno de trastorno mental grave. También debe evaluarse el entorno social y cultural, la percepción de las alucinosis como reales, y su impacto en los pensamientos, emociones y conductas del paciente (11).

La personalidad introvertida del menor es relevante, siendo una persona fría, interpersonalmente indiferente, emocionalmente impasible con distanciamiento afectivo, con escasa respuesta a estímulos emocionales y sociales que tiene pocas relaciones y tiende al aislamiento que se ha ido agravando conforme crecía el paciente. También se revelan rasgos disfuncionales con tendencia límite, reflejado en la ambivalencia de sus síntomas, conductas impredecibles como las autoingestas medicamentosas tras atenciones continuadas

recibidas y autolesiones por baja tolerancia a la frustración llegando a ser autosaboteador de sus oportunidades (centro escolar, equipo de Jugger). Su personalidad refleja una infravaloración de sí mismo, con baja autoestima y una percepción negativa de su cuerpo, realizando conductas purgativas y sintiendo asco de sí mismo.

Durante su seguimiento en la infancia, se identifica una dificultad para mantener relaciones adecuadas con los diferentes profesionales que le han atendido y sus familiares lo que podría sugerir un trastorno del vínculo, también reflejado en el test de personalidad por la actitud desmerecedora, inseguridad y focalización en sus carencias. Este trastorno del vínculo se refleja en la relación dual que mantiene con la figura materna identificándose con ella llegando a confundir los roles ejerciendo en ocasiones como cuidador principal de ella incluso adoptando un papel protector (27). Este tipo de relaciones familiares y los problemas de salud mental maternos no favorecen una adecuada función reflexiva parental (FRP), definida como la capacidad de los padres para identificar los estados emocionales de su hijo y de sí mismos, poniendo palabras a estas emociones y respondiendo de forma contingente y adecuada a ellas. Una adecuada FRP se asocia con un vínculo de apego seguro y con el desarrollo de la capacidad de mentalización y de autorregulación emocional en el hijo (28,29).

Si se ha podido interiorizar en la infancia una experiencia relacional positiva, en la que sus emociones han sido entendidas y tenidas en cuenta (apego seguro) se va a poder desarrollar la capacidad de mentalización y utilizarla en momentos de tensión actuando esta capacidad como un factor protector frente a la psicopatología. Al contrario, dificultades en la FRP identificables en el paciente se asocian con un estilo de apego inseguro, reflejado en las complicaciones para regular sus propias emociones (27). El paciente no entiende su propia conducta: “¿Por qué me autolesiono?, ¿Qué me produce malestar?” ni la de los otros “¿Por qué no pude elegir vivir con mi padre cuando tenía otra pareja?, ¿Por qué los demás me rechazan?” afectando estos aspectos a su autoimagen, habilidades sociales y a las relaciones vinculares que establece. Asimismo, parecen haberse presentado

manifestaciones propias de un trauma relacional con vivencias en el menor de que sus necesidades afectivas no han sido atendidas o entendidas con el efecto que ello supone a la hora de establecer relaciones de confianza y el temor a la reexperimentación de estas vivencias relacionales (12).

La clínica constante de ánimo depresivo con tristeza, desánimo, pensamientos negativos y desesperanza, apatía y falta de auto cuidado junto con la tendencia suicida como opción viable para poner fin a su dolor y sufrimiento se relacionan con rasgos de personalidad neurótica. A su vez, incrementan el riesgo desarrollar un trastorno depresivo, elevada ansiedad y estrés considerándose un factor de vulnerabilidad psicobiológica para el futuro. En el constructo de personalidad en ocasiones existe una disrupción de la realidad donde la personalidad neurótica puede aumentar la probabilidad de experiencias psicóticas y por tanto la probabilidad de alucinosis (30).

La presencia de alteraciones de la percepción en los trastornos afectivos como el trastorno depresivo mayor y la depresión psicótica se relacionan con un estado de inestabilidad emocional presente en el menor ya que ha tenido un elevado estado de ansiedad, momentos de estrés agudo, estado de disociación, quejas mnésicas, visiones distorsionadas, distorsión del tiempo y sensación de irrealidad relacionada con la desconexión emocional y la alteración de la conciencia o la memoria presente en el paciente cuando se autolesiona en forma de quemaduras o arañazos y no lo recuerda ni es consciente (11,24).

Podría tratarse de una psicosis de inicio temprano (PIT), al ser menor de 18 años y el origen multifactorial (factores genéticos, neurobiológicos, ambientales y psicosociales) pero el menor no ha presentado sintomatología prodrómica como enlentecimiento psicomotor, discurso incoherente o alteración del curso o contenido del pensamiento con delirios, que apoyarían el diagnóstico de trastorno mental grave. Adicionalmente, los síntomas no condujeron a episodios de agresividad, pero afectaron al funcionamiento global del paciente reflejado el aislamiento con limitación de los contactos sociales y abandono académico (11-13).

También se ha planteado el diagnóstico de experiencia pseudopsicótica (PLEs) ya que presenta alucinosis sin cumplir criterios diagnósticos necesarios de un trastorno psiquiátrico y pueden representar una comorbilidad psiquiátrica o una manifestación severa del ánimo en la infancia (31,32). Percibe voces que generan angustia existiendo una relación congruente entre el estado depresivo del individuo, sus sentimientos de desesperanza, inutilidad y culpa y el contenido negativo de las voces, las cuales suelen ser despectivas, ya que estas le critican o le reprochan.

Una historia de trauma o abuso constituye un factor de riesgo de trastornos mentales graves y estados de alto riesgo de psicosis, así como factor de riesgo de suicidio en la adolescencia. Se trata de experiencias que han causado importantes daños en la organización de la esfera emocional, afectando la capacidad de modular las emociones, la capacidad de dar sentido a la propia experiencia emocional y las capacidades de mentalización, es decir, la estructura de identidad aparece desorganizada por la ruptura de la organización psíquica primaria. Existe una relación entre las adversidades sufridas en la infancia de los adolescentes y el hecho de que sus progenitores también sufrieran adversidades en su propia infancia, no presentes en este caso, pero reflejando una dinámica disfuncional reiterativa (9,12).

Son experiencias extremadamente comunes en el trastorno mental grave donde pueden manifestarse las alucinosis auditivas y puede ser el origen de la sintomatología delirante, sensaciones cenestésicas, hipocondría, estados oneiroides, angustia y estupor, fases de despersonalización y desrealización, dualidad de personalidades, flashbacks y alteraciones de la sensibilidad. Existe evidencia sobre el hecho que las personas que han sufrido adversidades en la infancia suelen ser reticentes a revelar sus historias de abuso y/o maltrato como el caso de nuestro paciente expresándolo a partir del segundo ingreso hospitalario. El número de eventos traumáticos sufridos se relaciona con la gravedad de los síntomas presentes como los síntomas positivos, los afectivos y de funcionalidad de la persona. Otro estudio realizado a pacientes psicóticos españoles señala que aproximadamente el 40% había sufrido al menos

36

una experiencia traumática en la niñez. Además, aquellos pacientes que presentaban alucinaciones, alucinosis e ilusiones también obtuvieron una puntuación más alta en la escala de disociación. Por ello debemos señalar la importancia de la detección de la exposición al trauma entre los jóvenes con esta sintomatología (9,12,33).

La sonoridad del pensamiento engloba los procesos mentales y cognitivos intentando explicar cómo se manifiestan en la mente o cómo pueden ser representados de manera “sonora”. Describe cómo los pensamientos internos o silenciosos pueden ser descritos incluyendo un diálogo interior y un monólogo interno como “voces” generando autoconciencia, razonamiento y reflexión. Se relaciona con procesos cognitivos ya que el lenguaje interno permite organización, memoria de trabajo, resolución de problemas y la toma de decisiones. El pensamiento sonoro es particularmente significativo en la niñez y adolescencia por la etapa de desarrollo cognitivo y emocional en la que se encuentran influyendo en la formación de la identidad además de las capacidades de razonamiento y reflexión. La neurociencia relaciona este fenómeno con áreas cerebrales como la corteza prefrontal y las regiones auditivas que se activan cuando tiene lugar el monólogo interno relacionando la calidad de este monólogo con el bienestar emocional del menor, la autoestima y el autoconcepto (3). En este contexto, un factor importante es el tipo de relación que la persona mantiene con sus voces, el entorno cultural y la aceptación de este fenómeno (1,10).

Por los datos aportados en diferentes investigaciones, las personas que perciben voces no se muestran indiferentes a ellas, sino que reaccionan ante estas experiencias de forma activa conductual, emocional y cognitivamente. Generalmente están basadas en la subordinación del sujeto hacia las voces, constatándose que este tipo de relación es el reflejo de esquemas previos de relación social en su entorno. Suelen pensar sobre sus voces, el poder que ejercen sobre ellos, cuál es su origen y qué sentido tienen en sus vidas. Integran las voces en su rutina llegando a tener relaciones interpersonales variables según las emociones que les provoquen, igual que una persona puede aprender nuevas formas de interactuar con su

entorno no es descabellado plantear que modifique la relación con sus voces. Existe una relación circular en el mantenimiento de las voces donde la ansiedad juega un papel muy importante, cuando son interpretadas como amenazantes provocan ansiedad e irritabilidad, y esto a su vez, retroalimenta su aparición y mantenimiento. Esto está presente en nuestro caso, cuando la elevada ansiedad y estado de irritabilidad por la consciencia de las voces ha precipitado ingresos o ideas de muerte. También han existido periodos en los que las voces han pasado desapercibidas sin ninguna repercusión. En este aspecto, se puede concluir que la relación social con las voces constituye una función adaptiva y se ha señalado que las estrategias basadas en la aceptación y no en la confrontación con las voces pueden ser un recurso útil y eficaz para estos pacientes (9).

Finalmente, Schreier (34) concluye que estas alteraciones de la percepción tienen un impacto limitado en el pronóstico siendo más predecible por la clínica global del cuadro sosteniendo que el pronóstico a corto plazo de las alucinosis y alucinaciones es favorable cuando los factores estresantes que las han precipitado se comprenden y abordan eficazmente llegando a ser consideradas como parte del desarrollo.

CONCLUSIONES

Aunque las alucinosis son un fenómeno relativamente frecuente en los niños y jóvenes, y por lo general, de carácter transitorio y benigno, la etapa de desarrollo en la que se encuentren, los estigmas sociales, las clasificaciones históricas tradicionalmente aceptadas, así como la complejidad del diagnóstico pueden dificultar que reciban una atención adecuada cuando inician su seguimiento en salud mental. Este fenómeno puede generar angustia significativa, limitar la vida cotidiana, y si no se trata adecuadamente, puede estar asociado a comorbilidades y mayor riesgo de suicidio. En el caso del paciente aquí descrito tanto la ausencia de un diagnóstico diferencial preciso como de su pronóstico poco claro, van a condicionar un seguimiento crónico y la implementación de múltiples tratamientos farmacológicos cuya eficacia será necesario revisar a la luz de la evolución del caso. Dada la persistencia

y complejidad de los síntomas, precisará, además, de un enfoque integral de los profesionales y de los recursos implicados en su cuidado, incluidos los comunitarios, rehabilitadores o de larga estancia.

AGRADECIMIENTOS

A todos los autores y colaboradores.

CONFLICTOS DE INTERÉS Y CUMPLIMIENTOS ÉTICOS

No existen conflictos de interés. Este artículo expone los resultados de la investigación “*Las alucinosis entre la neurosis y la psicosis, a propósito de un caso*” avalada por el Comité de Ética de investigación con medicamentos (CEIm) de las áreas de salud de Valladolid en abril de 2025, con código de aprobación PI-25-253. Los autores se comprometen a cumplir con los lineamientos y requisitos internacionales, nacionales e institucionales para los estudios practicados en humanos.

CONTRIBUCIONES

Conceptualización, curación de datos, administración de proyectos, escritura – revisión y edición: María Cristina Herrero Rodríguez, Carlos Imaz Roncero. **Análisis formal, investigación, escritura – borrador original:** María Cristina Herrero Rodríguez. **Recursos, visualización:** María Cristina Herrero Rodríguez, Carlos Imaz Roncero, Mónica Avellón Calvo y Laura Molina Areses. **Supervisión, validación:** Carlos Imaz Roncero y Mónica Avellón Calvo.

REFERENCIAS

1. Gilleland J, Suveg C, Jacob ML, Thomassin K. Understanding the medically unexplained: emotional and familial influences on children's somatic functioning. *Child Care Health Dev.* 2009 May; 35(3): 383-90. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00950.x>
2. Maijer K, Hayward M, Fernyhough C, Calkins ME, Debbané M, Jardri R, Kelleher I, Raballo A, Rammou A, Scott JG, Shinn AK, Steenhuis LA, Wolf DH, Bartels-Velthuis AA. Hallucinations in Children and Adolescents: An Updated Review and Practical Recommendations for Clinicians. *Schizophr Bull.* 2019 Feb 1;45(Suppl 1): S5-S23. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby119>
3. Casey PR, Kelly B. *Fish's clinical psychopathology: signs and symptoms in psychiatry.* 3rd ed. London: Royal College of Psychiatrists; 2007.
4. Garakani A. Commentary: Diagnostic Challenges. *J Psychiatr Pract.* 2022 May 1;28(3):270-271. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000630>
5. Reimherr JP, McClellan JM. Diagnostic challenges in children and adolescents with psychotic disorders. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(Suppl 6): 5-11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15104521/>
6. Jardri R, Bartels-Velthuis AA, Debbané M, Jenner JA, Kelleher I, Dauvilliers Y, Plazzi G, Demeulemeester M, David CN, Rapoport J, Dobbelaere D, Escher S, Fernyhough C. From phenomenology to neurophysiological understanding of hallucinations in children and adolescents. *Schizophr Bull.* 2014 Jul;40 Suppl 4(Suppl 4): S221-32. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu029>
7. Kelleher I, Cannon M. Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis. *Psychol Med.* 2011 Jan;41(1): 1-6. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001005>
8. Thakur T, Gupta V. Auditory Hallucinations. 2023 Feb 13. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.
9. Longden E, Madill A, Waterman MG. Dissociation, trauma, and the role of lived experience: toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychol Bull.* 2012 Jan;138(1): 28-76. <https://doi.org/10.1037/a0025995>
10. So SH, Begemann MJ, Gong X, Sommer IE. Relationship between neuroticism, childhood trauma and cognitive-affective responses to auditory verbal hallucinations. *Sci Rep.* 2016 Oct 4;6: 34401. <https://doi.org/10.1038/srep34401>

11. Edelson GA. Hallucinations in children and adolescents: considerations in the emergency setting. *Am J Psychiatry*. 2006 May;163(5): 781-5. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.781>
12. Perona-Garcelan S, Garcia-Montes JM, Cuevas-Yust C, Perez-Alvarez M, Ductor-Recuerda MJ, Salas-Azcona R, Gomez-Gomez MT. A preliminary exploration of trauma, dissociation, and positive psychotic symptoms in a Spanish sample. *J Trauma Dissociation*. 2010;11(3): 284-92. <https://doi.org/10.1080/15299731003786462>
13. Martín Gutiérrez R, González B. Las psicosis de inicio temprano: una revisión. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 2016;33(4): 458-68. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v33n4a2>
14. Camerini BA, Baker KK, Gadelha A, Margolis RL. Hearing Voices and Seeing Things: Symptoms of Anxiety Misconstrued as Evidence of Schizophrenia in an Adolescent. *J Psychiatr Pract*. 2021 May 5;27(3): 232-8. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000547>
15. Hinterbuchinger B, Mossaheb N. Psychotic-Like Experiences: A Challenge in Definition and Assessment. *Front Psychiatry*. 2021 Mar 29;12: 582392. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.582392>
16. Karcher NR, Loewy RL, Savill M, Avenevoli S, Huber RS, Makowski C, Sher KJ, Barch DM. Persistent and distressing psychotic-like experiences using adolescent brain cognitive developmentSM study data. *Mol Psychiatry*. 2022 Mar;27(3): 1490-501. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01373-x>
17. Sharp C, Rossouw T. Mentalization-Based Treatment for Adolescents (MBT-A). *Psychodyn Psychiatry*. 2024 Dec;52(4): 542-62. <https://doi.org/10.1521/pdps.2024.52.4.542>
18. Dangerfield M. Working with at-risk mental states in adolescence. En: Rossouw T, Wiwe M, Vrouva I, editores. *Mentalization-Based Treatment for Adolescents: A Practical Treatment Guide*. 1st ed. London: Routledge; 2021. p. 15. <https://doi.org/10.4324/9780429323928>
19. Mizen CS. The Self and alien self in psyche and soma. *J Anal Psychol*. 2022 Jun;67(3): 774-95. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12819>
20. Eggers C. Die akute optische Halluzinose im Kindesalter. Klinische, differentialtypologische, neurophysiologische und entwicklungspsychologische Aspekte [The acute visual hallucinosis in infancy. Clinical, neurophysiological and psychodevelopmental aspects and differential typology (author's transl)]. *Fortschr Neurol Psychiatr Grenzgeb*. 1975 Sep;43(9): 441-70.
21. Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry*. 2004 Feb;184: 110-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.110>
22. van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol*. 2002 Aug 15;156(4): 319-27. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf043>
23. Lubman DI, Yücel M, Hall WD. Substance use and the adolescent brain: a toxic combination? *J Psychopharmacol*. 2007 Nov;21(8): 792-4. <https://doi.org/10.1177/0269881107078309>
24. Garralda ME. Psychotic children with hallucinations. *Br J Psychiatry*. 1984 Jul;145: 74-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.145.1.74>
25. Son Y. Molecular mechanisms of general anesthesia. *Korean J Anesthesiol*. 2010 Jul;59(1): 3-8. <https://doi.org/10.4097/kjae.2010.59.1.3>
26. Fine J, Finestone SC. Sensory disturbances following ketamine anesthesia: recurrent hallucinations. *Anesth Analg*. 1973 May-Jun;52(3): 428-30

27. Slade A, Holmes J. Attachment and psychotherapy. *Curr Opin Psychol*. 2019 Feb;25: 152-6. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.06.008>
28. Stuhmann LY, Göbel A, Bindt C, Mudra S. Parental Reflective Functioning and Its Association with Parenting Behaviors in Infancy and Early Childhood: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2022 Mar 3;13: 765312. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.765312>
29. León MJ, Olhaberry M. Triadic interactions, parental reflective functioning, and early social-emotional difficulties. *Infant Ment Health J*. 2020 Jul;41(4): 431-44. <https://doi.org/10.1002/imhj.21844>
30. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Neuroticism in adolescence and psychotic symptoms in adulthood. *Psychol Med*. 2003 Aug;33(6): 1089-97. <https://doi.org/10.1017/s0033291703007888>
31. Antosz-Rekucka R. The sense of coherence in healthy individuals with psychotic-like experiences. *Postep Psychiatr Neurol*. 2021 Dec;30(4): 231-42. <https://doi.org/10.5114/ppn.2021.111921>
32. Wiltink S, Nelson B, Velthorst E, Wigman JTW, Lin A, Baksheev G, et al. The relationship between personality traits and psychotic like experiences in a large non-clinical adolescent sample. *Personality Individ Differ*. 2015;73: 92-7. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.030>
33. Loewy RL, Corey S, Amirfathi F, Dabit S, Fulford D, Pearson R, Hua JPY, Schlosser D, Stuart BK, Mathalon DH, Vinogradov S. Childhood trauma and clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res*. 2019 Mar;205: 10-4. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.05.003>
34. Schreier HA. Hallucinations in nonpsychotic children: more common than we think? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 May;38(5): 623-5. <https://doi.org/10.1097/00004583-199905000-00028>