

N. Freund Llovera (1), P. R. García Ramos (1), C. A. Harkous Peña (1), A. Brañas González (2), A. Pelaz Antolín (3)

(1) Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

(2) Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Centro de especialidades Francisco Díaz. Alcalá de Henares.

(3) Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Correspondencia:

Namdev Freund Llovera.
Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento "Francisco Díaz". Centro de Salud Mental.
C/ Octavio Paz s/n
28806 Alcalá de Henares. Madrid. España
Mail: namdev_freund@yahoo.com

Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR). Vulnerabilidad genética y trauma infantil.

High-risk mental states. Genetic vulnerability and childhood trauma. A case report.

RESUMEN

Los acontecimientos traumáticos en la infancia se han relacionado con un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos y dada su alta prevalencia, es probable que sea un factor determinante en la enfermedad mental. La psicosis es una experiencia psicopatológica dimensional que refleja una naturaleza sindrómica de componentes afectivos, cognitivos, del estilo del pensamiento, de pérdida de las fronteras del ego o de un grave deterioro de la evaluación de la realidad. Presentamos el caso de un adolescente con una carga genética familiar de trastorno mental grave, el cual contactó con el servicio de salud mental tras presentar síntomas psicóticos atenuados, breves y limitados, en el contexto de acontecimientos vitales traumáticos.

Un reciente meta-análisis discute la relación entre el riesgo de psicosis y el trauma psicológico precoz. Se sugiere que el trauma psicológico pudiera favorecer las modificaciones neuroquímicas y psicopatológicas de un individuo vulnerable. Resultaría interesante estudiar el

rol de las intervenciones psicoterapéuticas en el curso de los estados mentales de alto riesgo y su posible evolución a un trastorno psicótico.

Palabras clave: Psicosis, Niños, Adolescentes, Pródromos, Trauma

ABSTRACT

Traumatic events in childhood have been associated with an increased risk of psychiatric disorders and given its high prevalence, it is likely to be a determinant of mental illness. Psychosis is an experience that reflects a dimensional psychopathological syndromic nature of affective components, cognitive style of thinking, loss of ego boundaries or a serious deterioration in the assessment of reality. We present the case of a teenager with a family genetic charge of severe mental disorder, who contacted the mental health service after attenuated psychotic symptoms and Brief and Limited Intermittent Psychosis, in the context of traumatic life events.

A recent meta-analysis discusses the relationship between the risk of psychosis and early psychological trauma. It is suggested that psychological trauma may promote neurochemical changes and psychopathological of a vulnerable individual. It remains to study the role of psychotherapeutic interventions in the course of high-risk mental states and their possible evolution to a psychotic disorder

Key words: Psychosis, Children, Adolescents, Prodromes, Trauma

INTRODUCCIÓN

En la población general la prevalencia a lo largo de la vida de las psicosis es del 3% (1). Los diferentes postulados teóricos y científicos coinciden en que se trata de un trastorno crónico, cuyo componente principal es el deterioro progresivo biopsicosocial.

La psicosis precoz incluye las siguientes fases: estado mental de alto riesgo o pródromos, primer episodio psicótico, y la de recuperación y período crítico (de 3 a 5 años tras el primer episodio psicótico), (2). La evolución del trastorno en estas fases de la psicosis incipiente y la demora en su tratamiento puede derivar en la denominada “toxicidad psicológica”, una alteración en las circunstancias vitales, como son: el fracaso escolar y laboral, las autoagresiones, los cambios en las relaciones interpersonales y los conflictos intrafamiliares (3).

Los Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR/UHR) (4), son aquellos presentes en la población en situación de mayor vulnerabilidad de desarrollar un trastorno psicótico y se caracterizan por alteraciones del funcionamiento emocional, cognitivo, conductual o social, y por la presencia de manifestaciones prodrómicas inespecíficas (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR)
Criterios diagnósticos EMAR
<ul style="list-style-type: none">• Presencia de síntomas psicóticos atenuados (subumbrales).• Historia de síntomas psicóticos breves y limitados espontáneamente (BLIPS: Brief and Limited Intermittent Psychosis).• Historia familiar positiva de psicosis y bajo nivel funcional persistente.

Numerosos estudios sugieren que la asociación entre acontecimientos traumáticos en la infancia y el desarrollo de trastornos mentales en la edad adulta, se debe

al aumento de la sensibilidad al estrés, haciendo a los individuos con antecedentes de trauma precoz especialmente vulnerables a la aparición de trastornos mentales desencadenados por acontecimientos vitales estresantes en la adultez. McLaughlin y colaboradores encontraron claras evidencias a favor de que el trauma precoz permite predecir de forma significativa la persistencia del trastorno mental en la vida adulta, y que los acontecimientos vitales traumáticos de la infancia se deben, frecuentemente, a un funcionamiento mal adaptativo de la familia (5).

Una proporción significativa de individuos con trastorno psicótico reportan experiencias traumáticas en la infancia. Se ha sugerido que estas experiencias traumáticas podrían ser un factor de riesgo o predisponente de la psicosis. El papel del trauma infantil en el desarrollo del trastorno psicótico tiene un impacto directo en los pacientes y sus familias. Las investigaciones sobre la etiología del trastorno psicótico demuestran una compleja interacción entre los genes y el ambiente (6).

Los síntomas psicóticos positivos en individuos vulnerables pueden aparecer como consecuencia de la gravedad y frecuencia de exposición a acontecimientos traumáticos (7).

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta

Paciente de 14 años quien acudió a urgencias por iniciativa propia por síntomas de ansiedad.

Antecedentes personales

Embarazo controlado, sin complicaciones y a término. Parto vaginal no instrumental, sin complicaciones. Desarrollo psicomotor normal. Lactancia materna hasta los 4 meses. Dificultades en la adaptación socioescolar. Rendimiento académico medio. No alergias medicamentosas ni enfermedades médicas conocidas. No consumo de tóxicos.

Un año antes había realizado seguimiento psicológico por síntomas del tipo psychotic like, tras 5 meses de psicoterapia fue dado de alta por mejoría.

Antecedentes Familiares

Abuelo materno: Trastorno paranoide de la personalidad.

Madre: Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Padre: Episodio psicótico breve.

Enfermedad actual

Se trata de un paciente de 14 años, con antecedentes de seguimiento psicológico hace aproximadamente un año por un cuadro de ansiedad e ideas sobrevaloradas de contenido místico religioso, “sentía que tenía el demonio por dentro”. Tras 5 meses de tratamiento psicoterapéutico con evolución satisfactoria fue dado alta. Ocho meses después del último contacto en Salud Mental acudió a urgencias por clínica ansiosa.

El paciente refiere que tras el divorcio de sus padres, ha mantenido contacto regular con su padre (fines de semana) y que, últimamente, durante las visitas se siente incómodo, predominan las dificultades en la comunicación y a menudo se siente “agobiado” por las críticas que le realiza su padre. Tanto el paciente como la madre refieren haber sido víctimas de malos tratos por parte del padre, “...recuerdo cuando mi padre pegó a mi madre por la espalda...”, en este contexto se muestra ambivalente ante la resolución de acontecimientos vitales estresantes relacionados con la relación entre sus padres, ya que manifiesta sentirse vulnerable y desprotegido, y a la vez contiene sus impulsos y pensamientos para evitar asumir conductas más activas ante las agresiones, presentando sentimientos de frustración, rabia, irritabilidad y tristeza.

Refiere sentirse incómodo con sus iguales, tiene pocos amigos, y tiende al aislamiento, “...no me considero una persona sociable...”. Describe un episodio en el que tuvo que salirse de clase porque atribuyó que el murmullo de sus compañeros en el aula de clase eran insultos dirigidos hacia él. Comenta que desde hace un año, coincidiendo con el cambio de domicilio, se ha sentido más angustiado, inseguro y asustado por el aspecto de sus vecinos y por las dificultades que puede tener al relacionarse con ellos “es un barrio de gitanos...no los miraba...pero ahora los miro y me insultan...”.

Hace referencia a un episodio de ansiedad tras ser interrogado por la policía, “me preguntaron que si llevaba porros, les dije que no, que si querían que me registraran” (yo explicaré este episodio un poco más porque si no queda un poco deslavazada esta información, si no, incluso, lo suprimiría).

Según refiere el paciente, en la semana previa a la consulta en urgencias tiene dificultades para conciliar el sueño, aumento de la ansiedad basal, nerviosismo, y tendencia a la hipervigilancia y sobrevaloración de los estímulos percibidos, sobre una base de realidad. Refiere sensación de sentirse observado “me siento solo y tengo

la sensación de que todos me miran”. Relata que en una ocasión se decidió a abandonar su actitud pasiva y temerosa, atreviéndose a mirar a la cara a sus vecinos del barrio por lo que había sido insultado, “...los miré mal... me dijeron que si me miran me despeino...”, desde entonces se sentía intimidado y presentaba rumiaciones sobre si podría ser agredido por ellos, “me da miedo que me hagan algo grave, que me hagan daño con una navaja... me están tomando fotos”. Coincidiendo con este episodio el paciente presentó fosfenos, a los que atribuyó un significado aberrante, “pensé que eran cámaras de última tecnología y sentí mucho miedo”.

La madre refiere que en los últimos meses, pero especialmente dos semanas antes de acudir a urgencias, lo había visto más triste, con llanto fácil, ansioso, con pensamientos negativos, dificultades para concentrarse y para conciliar el sueño. Confirma las dificultades en las relaciones interpersonales del paciente y el impacto de los recuerdos de maltrato. Comenta que ha tenido absentismo escolar por temor a ser insultado por sus compañeros. Así mismo la madre había identificado una exacerbación de los síntomas de ansiedad y estado de ánimo cuando regresa de las visitas con su padre.

Exploración psicopatológica

Consciente y orientado. Poco abordable y poco colaborador, impresiona que en relación a una marcada angustia. Leve inquietud psicomotriz. Posibles bloqueos del pensamiento. Discurso parco, coherente y centrado en responder las preguntas del entrevistador. Verbaliza ideas de muerte intrusivas y egodistónicas. Ideas sobrevaloradas de contenido autorreferencial y de perjuicio. No alteraciones sensorio-perceptivas en el momento de la evaluación. No planificación ni ideación auto o heteroagresiva.

Pruebas complementarias

Se solicitaron diversas pruebas: Hemograma, bioquímica, serología para VIH y Sífilis, función tiroidea, niveles de cobre en suero y electrocardiograma. Todas ellas sin alteraciones de interés.

Evolución

Ante la sospecha de un Estado Mental de Alto Riesgo, se decide derivación preferente para seguimiento en el Centro de Salud Mental. Desde urgencias se inicia tratamiento con Risperidona 0,5mg/día.

Inicialmente, se incrementó la dosis de la Risperidona hasta 2 mg, y tras dos semanas de tratamiento se objetiva

una marcada disminución del nivel de angustia, mejoría en el ritmo sueño vigilia, disminución de las ideas sobrevaloradas de contenido autoreferencial, mejoría en sus relaciones sociales, y una disminución de la frecuencia e intensidad de sus cogniciones depresivas.

Debido a las quejas somáticas (mareos y visión borrosa) referidas por el paciente se decide disminuir la dosis de Risperidona a 1,5mg y una semana después el paciente presenta un empeoramiento sintomático, refiriendo marcada angustia, importante tensión emocional, dificultades para expresarse con fluidez y absentismo escolar. Por este motivo se decide, nuevamente, aumentar la dosis de Risperidona hasta 2 mg/día, objetivándose una rápida mejoría clínica.

Tras cuatro semanas de de tratamiento con antipsicóticos, el paciente acude regularmente a sus actividades académicas y se relaciona adecuadamente con sus iguales. Describe un episodio de ilusiones auditivas, interpretables como una asignación de relevancia aberrante a los estímulos auditivos del entorno, con una mínima repercusión emocional, "...iba caminando por la calle y dijeron -hola-, pero yo seguí caminando, no miré".

Posteriormente, el paciente refiere dificultades cognitivas para afrontar sus responsabilidades académicas, por lo que se decide sustituir Risperidona por Aripiprazol 10mg/día y tras tres semanas de tratamiento con Aripiprazol el paciente mantiene la mejoría clínica y mejora su rendimiento cognitivo y funcional.

Desde la perspectiva del abordaje psicoterapéutico se intenta reconstruir la narrativa de las escenas en que su padre agredió a su madre, trabajando los diferentes estados emocionales secundarios al trauma, siendo el paciente capaz de verbalizar sentimientos de miedo, rabia y tristeza. Además reconoce la presencia de un conflicto intrapsíquico con la figura parental a la que por un lado verbaliza deseos de insultar o agredir y, por otro, se siente vinculado afectivamente. Contiene su expresión emocional para evitar reflejarse en el patrón que conoce de su padre.

En paralelo se trabaja con los padres, con importante mejoría en las relaciones interpersonales del núcleo familiar.

DISCUSIÓN

Existen evidencias de la predisposición genética para el trastorno psicótico que puede entenderse a través del concepto de epigenética, proceso en el que la transcrip-

ción del gen se modifica a través de mecanismos altamente relacionados por las experiencias socio-ambientales. Para entender la emergente evidencia sobre la relación entre los traumas infantiles y la psicosis, es necesario integrar los procesos epigenéticos, especialmente aquellos que incluyen las funciones de regulación del estrés del eje Hipotálamo Hipofisario Adrenal (8).

Siguiendo la entrevista estructurada de síndromes prodrómicos (SIP) de McGlashan, el paciente cumple con criterios de Estado Mental de Alto Riesgo. Consideramos que la vulnerabilidad genética de este paciente y la exposición al trauma infantil facilitaron las modificaciones neurobiológicas promotoras de una asignación de relevancia aberrante dentro del continuum de las manifestaciones del trastorno psicótico.

CONCLUSIONES

La exposición a traumas infantiles, de cualquier tipo, aumenta de forma considerable el riesgo de desarrollar psicosis con una Odds Ratio de 2,8. Así mismo es de particular importancia el efecto dosis-respuesta del trauma sobre la expresión clínica (9). Los cambios a largo plazo en las funciones mentales, inducidos por las intervenciones psicoterapéuticas, incluyen alteraciones en la expresión genética, al modificar los patrones de conexión entre las células del sistema nervioso (10). Podríamos pensar que el abordaje psicoterapéutico del trauma infantil en pacientes con vulnerabilidad genética podría contribuir a disminuir el impacto de la exposición al trauma y la progresión a un trastorno psicótico franco. Los clínicos deberían explorar de forma rutinaria los acontecimientos traumáticos de la infancia para desarrollar una formulación y un plan de tratamiento integral (9).

BIBLIOGRAFÍA

1. Perala J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsa E, Pirkola S, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 19-28.
2. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl* 1998; 172: 53-9.
3. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey S, Cosgrave EM, et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch*

- Gen Psychiatry 2002; 59: 921-8.
4. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull* 1996; 22: 353-70.
 5. McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication II: associations with persistence of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 124-32.
 6. Bendall S, Jackson HJ, Hulbert CA, McGorry PD. Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of the evidence. *Schizophr Bull* 2008; 34: 568-79.
 7. Heins M, Simons C, Lataster T, Pfeifer S, Versmissen D, Lardinois M, et al. Childhood trauma and psychosis: a case-control and case-sibling comparison across different levels of genetic liability, psychopathology, and type of trauma. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 1286-94.
 8. Read J, Bentall RP, Fosse R. Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: Exploring the epigenetic and psychological mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2009; 18: 299-310.
 9. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophr Bull* 2012; 38: 661-671.
 10. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 505-24.