

Las psicosis infanto-juveniles y sus peculiaridades terapéuticas psicotrópicas

Miguel Durá Llopis

Director Médico del Hospital Psiquiátrico San José, de Málaga

ASPECTO PSICOPATOLÓGICO

Siguiendo a Bender, la Psicosis infanto-juvenil es una entidad clínica en la que existe una perturbación de la conducta en todos los niveles y áreas de integración y formación de esquemas o patrones funcionales del SNC, siendo dichos niveles tanto vegetativos como motores, perceptivos, intelectuales, emocionales o sociales los afectados.

Personalmente opino que los datos a nivel estadístico son muy variables y no voy a cuantificarlos en porcentajes, ya que a mi juicio no tienen valor clínico, aunque sean unos parámetros inexcusables para planificaciones sociológicas, asistenciales de gabinete o simplemente periodísticas.

Planteada así la Comunicación, resumiría todo lo psicótico infanto-juvenil en el sentido de hacer un Diagnóstico Diferencial, lo más ajustado posible con la histeria y la psicopatía infanto-juvenil atendiendo a los parámetros de:

- Lo conductual.
- Lo caracterológico.
- Lo intelectual.
- Lo afectivo.
- Las relaciones interpersonales y objetales.

- El ámbito escolar y juegos.
- La psicomotricidad.

Lo conductual

En la *Psicosis*, hay graves alteraciones del contacto vital con el mundo real, especialmente con las demás personas, lo cual recuerda de forma más o menos aproximada los síntomas esquizofrénicos del adulto y abocando en síntesis a dificultades conductuales de inserción familiar y a fenómenos de angustia.

En la *Histeria*, sin embargo, se objetivan traumas corporales o psíquicos que mediante represión en el inconsciente engendran bloqueos y complejos psicomotrices en el comportamiento en forma de parálisis, anestias o hipoestias, mutismos, afonías, sorderas e incluso amaurosis.

En la *Psicopatía*, como consecuencia del fallo de los contrapesos reguladores éticos y morales, se origina una conducta antisocial con la más absoluta frialdad y rigidez de sentimientos, así como una conflictividad no sólo familiar sino social, constituyendo además un mundo ficticio de fantasía y mentira que engendra mitomanía de alta peligrosidad relacional.

Lo caracterológico

En la *Psicosis*, el paciente tiene caracterológicamente un conocimiento deficiente acerca de su yo, de su identidad propia, adoptando frente a la realidad una actitud de retraimiento de tipo autístico, aislándose del mundo exterior y luchando para que nada cambie a su alrededor.

En la *Histeria*, podemos afirmar que el carácter histérico demuestra un afán morboso de valoración, de acaparar solicitudes o despertar sentimientos de compasión en el ambiente o en la familia, tendiendo a la ficción en los afectos y en la fidelidad, lo que genera simpatías o antipatías a veces de modo desconcertante e incluso conduciendo a situaciones conflictivas, siendo los fenómenos paroxísticos o crisis histéricas, más raras que en los adultos y desencadenadas habitualmente por imitación de los mismos o por contagio psíquico.

En la *Psicopatía*, que suele ser debida a alteraciones congénitas del carácter, se manifiestan los trastornos caracteriales con potencial agresión y ulterior delitología, en forma de gran turbulencia psicomotriz, debilidad en la concentración, acusadas hostilidades, obstinación y oposicionismo al medio.

Lo intelectual

En la *Psicosis*, el bagaje intelectual es pobre y su eficacia intelectual tiende a disminuir progresivamente, incluso casi a hundirse totalmente, dando impresión de una pseudooligofrenia sobre un fondo de retraso mental irregular, pero pese a esa confusión con posible subnormalidad e incapacidad intelectual, se encuentran islotes de normalidad intelectual y hasta en algunos momentos puede sorprender con comentarios u observaciones de gran agudeza intelectual, lo que descarta la oligofrenia. El lenguaje suele estar ausente o ser muy pobre, y no lo utiliza como medio de comunicación, habla para sí mismo (musitaciones delirantes). La expresión puede mostrar-

se sorprendentemente extraña, sobre todo la expresión verbal (mutismo, extravagancias, manierismos en la pronunciación) y cambios en los nombres de las personas y de las cosas, así como ecolalias y referencias a sí mismo en tercera persona.

En la *Histeria*, la capacidad intelectual es normal y la personalidad estaría caracterizada, por una parte (las más), por un psiquismo simulador consciente reflejado en la suggestionalidad, la mitomanía, la fantasía ideativa y la necesidad de estima; pero, por otra parte, surgiría el polo opuesto o inconsciente de disociación entre el mundo ideativo y las funciones psíquicas, con una clara y peculiar habilidad para reducir la conciencia y desarrollar automatismos pseudosemejantes a lo psicótico, pero que en la histeria basculan esos automatismos solamente entre el deseo y la angustia como intento de solución simbólica de los conflictos edipianos reprimidos.

En la *Psicopatía*, la capacidad intelectual está no sólo conservada sino muchas veces hipertrofiada, pero debido a sus trastornos insintivos, afectivos y volitivos, hace que a veces se puede confundir con una psicosis infanto-juvenil por esa apariencia de infantilismo psicológico con embotamiento afectivo y conflictividad entre el yo y el perimundo, en las formas psicopáticas de moral-insanity.

Lo afectivo

En la *Psicosis*, hay un trastorno pronunciado y duradero de las relaciones emocionales con los demás, manifestado por una ansiedad intensa, ilógica, ya que no es consecuente a peligros reales o del mundo exterior, sino absurda y secundaria a cambios de situación o de costumbres. Esta angustia infantil se proyecta o bien como un alejamiento persistente de los demás o como una aproximación vacía sin resonancia afectiva y con adhesión a otras personas determinadas, de modo incomprendible y con dificultad para reunirse y jugar con otros niños.

En la *Histeria*, lo anímico se proyecta en

forma de crisis en el plano psíquico como amenaza del yo, vivenciándolo como miedo a la locura o inminencia de muerte, y en el plano somático, se manifiesta en forma de descarga del simpático con aparición de opresión precordial o gástrica, disnea, palpitaciones, sudoración, etc.

En la *Psicopatía*, como propio de la distonía caracterológica, de modo disarmonico se alteran los elementos integrantes del carácter, y aparece una instintividad exaltada sin la compensación ética y social y la afectividad manifestada por una falta de equilibrio y una inestabilidad anímica y volitiva proyectada en negativismos, terquedades y egocentrismos.

Las relaciones interpersonales y objetales

En la *Psicosis*, las relaciones con la gente no son normales, pues no se interesan por su entorno, y a veces se vincula a una persona cualquiera u odia a otra sin razón aparente. En cambio se interesa de forma exagerada por ciertos objetos, con un interés extraño, inexplicable, sin relación con el uso del objeto, sufriendo una intuición o interpretación patológica del mismo, concediéndole por identificación sentimientos o acciones, que en el fondo se trata de una manifestación del pensamiento mágico. Existe a veces una serie de experiencias perceptivas anormales (voces, visiones), alucinaciones que de hecho no son tan habituales hasta la adolescencia. Pero se trata más que de alucinaciones de percepciones anormales o respuestas personales, extrañas e imprevisibles a determinados estímulos sensoriales, tales como insensibilidad al dolor, hiper o hipoestesia al calor o al frío, reacciones de pánico a determinados sonidos, etc.

En la *Histeria*, la personalidad está anormalmente necesitada de estima, por la pretensión de aparentar más de lo que realmente son, tanto ante sí mismos como ante los demás, lo que conlleva un afán de fatuidad y orgullo de hacerse notar en las relaciones con los demás y todo ello, o bien con una intencionalidad de

ganancia primaria provocando una reacción de conversión a somatizaciones de su angustia, o bien con una ganancia secundaria hacia el medio que le rodea (indemnización, renta, evacuación a hospital) o hacia el medio social (atención familiar, interés médico, estimación, autojustificación de su propio fracaso personal). Pero lo que jamás se presentan son trastornos alucinatorios, deliroides o seudoperceptivos.

En la *Psicopatía*, como consecuencia del conflicto entre el yo y el ambiente, con una supervaloración egocéntrica y subversión de los valores sociales, se muestra una conducta social inadecuadamente motivada, incapaz de aprender con la experiencia, lo que conlleva a un comportamiento irresponsable en las relaciones interpersonales, a una conducta fantástica y extravagante, así como a una incapacidad de persistencia en un plan o estilo de vida social. También en estos pacientes hay ausencia de ideas delirantes y de fenómenos seudoperceptivos.

El ámbito escolar y juegos

En la *Psicosis*, suelen ser los pacientes solitarios porque no pueden mantener una adecuada relación con otros niños que los rechazan. Les gusta mucho la música, el agua, las construcciones, el pasar hojas de libros, manipular botones e interruptores de luz, pudiendo pasar realizando estos juegos mucho tiempo, de modo estereotipado y repetitivo, pero se cansan pronto ante las actividades que se les proponen. También les gusta mirarse al espejo y realizar gestos ante él.

En la *Histeria*, adoptan un talante egocéntrico con conducta narcisista, actitud de oposición y tendencia a exhibir somatizaciones cerebrales e incluso desmayos para zafarse de tareas escolares o justificar faltas de rendimiento, siendo bastante celotípicos con sus compañeros, creando conflictividades. No suelen participar en juegos en que domine el compañerismo o la pluralidad.

En la *Psicopatía*, sobre todo los adolescen-

tes por su falta de sinceridad y de ponderación en su conducta pueden llegar a crear situaciones de grave peligro con otros compañeros, ante la permanente hostilidad y agresividad con total ausencia de remordimiento o vergüenza.

La psicomotricidad

En la *Psicosis*, existen extrañezas motrices, siendo las estereotipias las más frecuentes. Estas alteraciones de la psicomotilidad, adoptan muchos matices, tales como rigidez facial inexpressiva, o al contrario extravagancias mímicas, o a veces discrepancias entre lo que expresa y lo que dice la cara; gestos o posturas extrañas, tocamientos reiterados de objetos en forma ritualizada, balanceos prolongados, etc.

En la *Histeria*, lo característico es la espectacularidad de la psicomotilidad, que siempre va precedida de pródromos de tristeza o irritabilidad, persiguiendo una finalidad y aunque la géstica sea teatral y aparatosa, incluso con caídas, las heridas suelen ser muy leves o estar ausentes y sobre todo hay una coherente comprensibilidad entre trauma emocional y la tempestad de movimientos psicomotrices.

En la *Psicopatía*, la psicomotilidad no sufre alteraciones aparentes, si acaso son muy hábiles en controlar su géstica con fría inexpressividad que esconde su taimada caracterología agresiva.

ASPECTO PSICOFARMACOLÓGICO

Las peculiaridades terapéuticas psicotrópicas en Psiquiatría Infanto-juvenil las vamos a abordar desde la doble vertiente de:

1.º Fundamentos básicos

El planteamiento global de la terapia psi-

cotrópica infanto-juvenil obliga a recordar ciertas normas u orientaciones:

— Usar pocos fármacos y bien conocidos, mejor que muchos y poco experimentados.

— Dosis pequeñas, pero que no sean tan reducidas que resulten ineficaces y evitar supresiones bruscas o totales de los psicofármacos.

— Pensar que el niño o adolescente es altamente sugestionable y el psicotropo ejercerá además como efecto placebo. También actuar con gran cautela para no crear yatrogénicamente una toxicomanía juvenil.

— Se puede aceptar, de un modo generalizado, que los psicofármacos son necesarios y complementarios incluso en los síndromes tributarios de psicoterapia.

— De modo concreto, se puede afirmar que hay gran tolerancia en Paidopsiquiatría a las fenotiazinas: tipo clorpromazina (LARGACTIL), tipo tioridazina (MELERIL), tipo propericiazina (NEMACTIL); a los ansiolíticos: tipo clordiacepóxido (LIBRIUM), tipo diacepán (VALIUM); a los antidepresivos: tipo imipramina (TOFRANIL), tipo amitriptilina (TRYPTIZOL), tipo cloracepató dipotáxico (DORKEN, TRANXILIUM); pero, sin embargo, son muy peligrosos para los niños y adolescentes (incluso a dosis mínimas) la flufenazina (SIQUALINE, MODECATE).

— Por último, no es recomendable simular varios psicofármacos.

2.º Medidas psicofarmacológicas propiamente dichas

Consistirán en la combinación de medicación sedante y ansiolítica a dosis adecuadas, según la edad del paciente.

En general, se emplean la mitad de las dosis del adulto, aunque más correctas son las dosis por día y kilo de peso.

Los medicamentos de elección en las crisis delirantes psicóticas son: la butirofenona (HALOPERIDOL) en gotas, por la facilidad de mezclarlo con agua, leche o demás alimentos líquidos, a razón de 5-10 gotas hasta los

x 3

6 años y hasta 10 gotas en los púberes y adolescentes. También se añadirá al HALOPERIDOL la tioridazina (MELERIL), a dosis de 10 mg, que se pueden disolver en agua azucarada y no tiene el sabor amargo de los barbitúricos, en una dosificación de 1-4 tabletas diarias de MELERIL-10. En casos muy agudos, puede darse una tableta de MELERIL-50 por la noche.

Hay quien prefiere la clorpromacina (LARGACTIL, PROMACINA, CLORPROMACINA), para los excitados en fase de agitación psicomotriz.

Este psicofármaco, como muy bien se sabe, es el primero que apareció en el arsenal psicotrópico, y además de su gran espectro de acción en las indicaciones terapéuticas, hay que reseñar repetidamente su buena tolerancia y que, además de cumplir en el infante la función antipsicótica, puede ejercer un efecto ansiolítico e incluso antiespasmódico. Como efectos secundarios (aparecerán sólo a dosis muy elevadas, pues ya hemos reiterado lo poco tóxico que es), el parkinsonismo y ciertas taquicardias episódicas, así como aumento de peso, lo que compensa el adelgazamiento de estos enfermos excitados, y a veces también ictericia y agranulocitosis. En general, también una gran ventaja de la clorpromazina es que se puede asociar con todo tipo de fármacos. La dosis media admitida es la de 3 mg por kilo y día. Dentro de esta posibilidad asociativa de la clorpromazina, podemos reseñar en los cócteles el mezclar el LARGACTIL con la prometazina (FENERGÁN, DIPARCOL).

Si queremos aplicar un neuroléptico menos incisivo pero tan ansiolítico y antipsicótico, recurriremos a la levomepromacina (SINOGÁN), bien en comprimidos, inyectables o en gotas (1 gota = 1 mg).

Para los estados de agitación e incluso de hiperemesis, podemos recurrir a la trifluopromacina (SIQUIL) en tabletas, inyectables o supositorios.

Para restablecer ciertos desequilibrios más psicósomáticos, distónicos o eméticos que psicóticos, podemos administrar con fines neu-

roequilibrantes la acepromacina (PLEGICIL) en gotas a dosis de 10 gotas = 1 mg.

También están indicados en las psicosis, sobre todo en aquellos trastornos de conducta intensos, o trastornos sintomáticos encefalopáticos, y en los casos de disfunción cerebral mínima, el uso de: mepacina, mesoridacina, tioridacina y propericiacina. Los dos primeros psicofármacos son poco empleados y además desconocemos preparado de marcas comerciales en nuestro país. Los otros dos son de uso recomendable y habitual, siendo muy empleada la tioridacina (MELERIL), de gran aceptación y difusión, siendo sobre todo empleado como psicotrópico de mantenimiento y ambulatorio y facilitando además mucho la reintegración social del paciente, reflejada en la recuperación de los trastornos del comportamiento, terrores nocturnos y estados de agitación psicomotriz. La dosis es semejante a la de la clorpromazina (2-3 mg por kg y día). De muy variada posología para administrarlo en niños y adolescentes: gotas, 1 gota = 1 mg; suspensión, 1 chucharadita de las de café = 10 mg; y grageas de 10, 50, 100 y 200 mg retard.

En cuanto a la propericiacina (NEMAC-TIL), podemos afirmar que tiene una acción muy selectiva y de gran afinidad sobre los trastornos caracterológicos, por lo que es idónea en las psicopatías y en todas las conductas antisociales, negativistas y en todos los síndromes de acusada agresividad e impulsividad. Generalmente, la dosis recomendable es la de comenzar con una pauta baja para ir aumentando progresivamente. La norma sería de 1-5 mg diarios para niños menores de 5 años, y para los mayores se seguiría la regla de administrar tantos miligramos diarios como años tenga el adolescente. Su posología en comprimidos es de 10 o 50 mg y en gotas (1 gota = 1 mg).

En cuanto a la trifluoperacina (ESKAZINE), posee una acción, además de tranquilizante y antidelirante, antialucinatoria. Es recomendable también con este psicofármaco iniciarse con dosis bajas, pues suele ser bastante parkinsonizante, por lo que es conve-

niente y aconsejable asociarlo desde el comienzo a medicación antiparkinsoniana. El ESKAZINE se puede administrar en grageas de 1, 2 y 5 mg.

Respecto a la perfenacina (DECENTÁN, TRILAFÓN), podemos afirmar que tiene una acción comparable a la de la clorpromacina, pero que puede inducir a la depresión mucho más fácilmente que ésta, pero es muy útil en los estados de agitación, tensión y como antiemético. El DECENTÁN en tabletas de 8 mg y el TRILAFÓN en tabletas, de 2, 4 y 8 mg, en ampollas de 5 mg o en supositorios de 4 y 8 mg.

También fue muy empleada con anterioridad en los trastornos ansiosos infantiles la diracina (ESUCOS) en gotas, pero en la actualidad lo es en comprimidos de 10 y 25 mg.

Por último, reseñaremos un grupo de neurolépticos varios más incisivos y que incluso algunos ya no suelen encontrarse en la farmacopea actual, como son la butirilperacina (RANDOLECTIL), la tioproperacina (MAJEPTIL), siendo este último un psicótropo de efectos muy acusados. También en este grupo cabe citar a la flufenacina (MODECATE, SQUALINE) de gran efecto estimulante en los niños apáticos. Pero debemos recordar que la flufenacina es muy tóxica incluso a dosis

pequeñas. El MODECATE es de acción prolongada (depot), en inyectables de 25 mg, un pinchazo mensual. El SQUALINE en grageas de 1 mg.

Dentro de los de efecto también retardado, como el MODECATE, está el enantato de flufenacina (TEUTIMOX), en ampollas de 25 mg quincenales, o la pipotiaccina (LONSEREN), también como neuroléptico retard en inyecciones mensuales de 100 mg.

Bibliografía

- AJURIAGUERRA, J. DE: *Manual de Psiquiatría Infantil*. Toray Masson, Barcelona, 1973.
- ALBERCA, R.: *Pronóstico de Psicosis y neurosis infantiles*. Excerpta Médica Foundation, Madrid, 1966.
- DURÁ LLOPIS, M.: *Manual de Terapéutica Farmacológica Española Actual en Neuropsiquiatría*. Granada, 1980.
- FUSTER, P.: *Psicosis Infantiles*. En *Psiquiatría*, Tomo III. C. Ruiz Ogara, D. Barcia Salorio y J.J. López-Ibor. Ediciones Toray, S.A., Barcelona, 1982.
- KANNER, L.: *Psiquiatría Infantil*. Paidós-Psique, Buenos Aires, 1966.
- MENDIGUCHÍA, F.J.: *Psiquiatría Infantil*. L. Miracle, Barcelona, 1965.
- MIDENET, M. Y FAVRE, J.P.: *Manual Práctico de Psiquiatría Infantil*. Toray Masson, 1976.