



## CASO PRÁCTICO 1

María es una niña de 36 meses de edad, vive con sus padres y un hermano de 14 meses.

Derivada por su pediatra de Atención Primaria a neuropediatría al presentar actividad motora incesante, gran dificultad para centrar su atención en actividades y juegos propios de su edad y movimientos de tipo espasmódico que afectan a cuello y extremidades superiores. La exploración médica y neurológica, así como TAC cerebral y Cariotipo no encontraron ningún dato significativo. El EEG tenía una afectación cerebral inespecífica. La analítica de sangre, incluida hemograma, bioquímica general y hormonas tiroideas estaban dentro de la normalidad. En su Historia Clínica aparece como antecedente significativo que sufrió una crisis convulsiva de etiología no filiada a los 18 meses y que requirió atención en urgencias hospitalarias con diazepam. Se decidió su derivación, tras informar de ello al pediatra de referencia, al Centro de Salud Mental Infantil que le correspondía.

A la primera consulta en el CSM Infantil acude la niña acompañada por la madre. En la sala de espera llama la atención el nivel de inquietud y el movimiento incesante e indiscriminado, a pesar de los intentos de la madre de contenerla, incluso físicamente.

Durante la exploración, acompañada de la madre, recorre el espacio de la consulta tocando sillas, abriendo armarios, y dirigiéndose a la mesa, mueve diversos papeles y descuelga el teléfono varias veces, a modo de juego, poniéndoselo en la oreja y acompañado de la palabra "Dígame". Varias veces va hacia la ventana del despacho que tiene vistas a la calle, y se queda absorta y en silencio. Responde a requerimientos de la madre, mirándole, pero perdiendo enseguida el interés en la relación con ella y yéndose de nuevo a deambular o explorar por el despacho. Responde a preguntas u órdenes sencillas del examinador, como su nombre, pero sin llegar a construir frases de más de 3 palabras. A veces emite ruidos incomprensibles que la madre interpreta como de nerviosismo o alegría.

En la anamnesis, la madre refiere que en casa tiene fijación por algunos objetos que necesita buscar o colocar repetidamente. Aunque la define como una niña muy atrevida y que parece no ver ningún riesgo, a veces se queda paralizada y muestra un miedo intenso ante algunos ruidos domésticos cotidianos o a la oscuridad.

Es la primera hija y el nacimiento fue a término sin problemas reseñables, peso 2,800 Kg y el periodo neonatal fue normal. Solo tuvo lactancia materna los 2 primeros meses, el paso a biberón no fue difícil, pero actualmente apenas consigue que pruebe alimentos sólidos y sigue necesitando tomar la mayoría en forma de puré o en biberón. Comenta que es muy diferente al hermanito menor al que define como mucho más tranquilo y que busca la relación protectora con ella. Recuerda que María era mucho más tranquila durante su primer año de vida y que fue al comenzar la deambulación con 14 meses cuando cambió, comenzando con una actividad motora exagerada que continua actualmente. Incluso llega a decir que a veces de bebé ni la sentían, estaba en su cuna sin emitir sonidos ni llanto durante periodos largos. También por la noche se quedaba sola y aguantaba horas sin demandar nada, siendo más estos últimos meses cuando parece negarse a ir a la cama, incluso llorando intensamente, siendo necesario acostarse a su lado y abrazarla para que consiga conciliar el sueño. Algunas noches que se despierta no va a la habitación de los padres ni les llama, sino que se queda en el salón entretenida con algún objeto de su interés, muchas veces no son sus juguetes, a los que en general no hace mucho caso.



El control esfinteriano fue bastante fácil y repentino, lo único que les llama la atención es que sigue negándose a defecar en la taza y debe hacerlo siempre en una alfombrilla que tienen para ello en el WC.

A los 10 meses empezó a acudir a una guardería unas horas, previamente había sido cuidada por la madre, y con 2 años inicio la educación infantil con horario completo. En la entrada a la guardería no dio muestras de ansiedad cuando la dejaba la madre. A las pocas semanas les llamaron del colegio para comentar que tenía problemas para interactuar con los otros niños, y que a ratos no paraba quieta, y otros se entretenía sola sin buscar a otros niños o a la maestra. Solo acudía a ella expresando señales de querer ir al baño. El consultor escolar les ha llegado a decir que parece una niña con una gran hiperactividad y que habría que darle alguna medicación para calmarle.

Los padres realizan trabajos no especializados, el padre en el sector agrícola y la madre en una empresa de limpieza con contratos temporales discontinuos. Como antecedente familiar refieren que la madre estuvo de baja y en tratamiento unos meses después del nacimiento de M. y fue diagnosticada de Trastorno depresivo que ella achacó al esfuerzo de la crianza de su 1º hija que debía asumir sola ya que el padre pasa temporadas trabajando fuera de su lugar de residencia (a veces pasa hasta 1 mes sin volver a casa, aunque llama a diario para hablar con los hijos). No tienen ningún apoyo familiar y poca red de amistades. Un hermano del padre fue diagnosticado de Trastorno psicótico durante su adolescencia y ha tenido varios ingresos psiquiátricos.

Con excepción de la crisis convulsiva ha sido una niña sin problemas de salud. Es muy fuerte dice la madre, no se queja nunca, a diferencia del hermano u otros niños, solo se le nota p.ej. que tiene fiebre si está demasiado tiempo muy parada.

Cuando el examinador trata de reclamar su atención ofreciéndole juguetes, María se acerca a ellos de una manera impulsiva, los examina fugazmente, algunos los golpea o los lanza al suelo, sin apreciarse un uso de ellos con carácter lúdico o simbólico.

Se propone realizar, en otra sesión, una evaluación del nivel de desarrollo a través de pruebas estandarizadas, pero incluso con el apoyo de la madre es muy difícil lograr una mínima capacidad atencional y de colaboración con el examinador, por lo que los datos recogidos no son válidos. La exploración del área psicomotriz evidencia una gran torpeza a nivel de la motricidad gruesa (no consigue lanzar ni recibir una pelota), y deficitaria coordinación manual. En esta sesión muestra de nuevo un escaso intercambio verbal ante los requerimientos de madre o examinador.



## CASO PRÁCTICO 2

Niña de 10 años que vive con sus padres y dos hermanas (11 y 4 años). Estudia 5º de Educación Primaria en un colegio privado al que ha acudido desde educación infantil con excelente rendimiento.

Acuden a consulta de psiquiatra infantil y de la adolescencia derivados por el pediatra (a petición de la madre) por pérdida progresiva de peso de 6 meses de evolución por disminución/restricción de la ingesta sin que el pediatra encuentre motivo que lo justifique.

En entrevista realizada a mediados de diciembre se refiere que desde el pasado mes de septiembre los padres notan un cambio en la ingesta. Marta evita algunos alimentos porque dice que “le duele la tripa cada vez que los come”, también comenta que en casa se sirve demasiada comida especialmente en la cena y que ella quiere servirse lo que va a tomarse. Pregunta todos los días lo que va a cocinarse y si los alimentos engordan, se enfada frecuentemente con lo que se prepara para las comidas y se ha ofrecido para acompañar a sus padres a hacer la compra e incluso a ayudar a cocinar. Se siente muy ansiosa e irritada horas antes y durante las comidas y en el último mes varias veces a la semana no ha cenado argumentando que no se encuentra bien del estómago. Los padres han realizado consultas en centro psicológico durante 2 meses y en nutricionista donde se les indica pautas alimentarias y evitar el ejercicio físico, sin conseguir modificar el curso clínico y la pérdida progresiva de peso.

Marta refiere en entrevista conjunta con los padres que desde el curso pasado se siente rechazada por las compañeras del colegio, dos de ellas le han insultado con frecuencia y en presencia de otros compañeros diciendo que es una “bebé estúpida”, que no se entera de nada y que tiene que espabilar, y a veces la empujan y le dan bofetadas y pellizcos en la cara y brazos. Refiere que aunque ha intentado defenderse no ha conseguido que dejaran de insultarla y amenazarla durante todo el curso. Sentía cada vez más miedo en el colegio, lloraba muchas noches sola en su habitación y a final de curso pensaba que estas compañeras tenían razón en que era una estúpida y que no merecía estar con esas niñas. A finales de junio se había hecho varios días unas lesiones en el abdomen con una aguja de coser que había encontrado en casa porque odiaba esa “estúpida tripa” que tenía.

Marta no había contado esta situación a nadie, tampoco a sus profesores u orientador escolar, hasta el seguimiento posterior con el psiquiatra. Sin embargo, sus notas habían sido excelentes como en años anteriores y había obtenido menciones de honor por ellas en la fiesta de fin de curso.

Marta refiere que pasó mucha vergüenza durante todo el verano porque se sentía muy gorda y fea, evitaba siempre que podía vestir los pantalones cortos, y dijo que prefería bañador y no bikini. Al volver de vacaciones decidió intentar comer menos para eliminar esa “estúpida tripa”. Además le preocupaba que ocurriría con esas compañeras, si tendría que soportar otra vez esa situación y cómo podría afrontarla.

Desde verano presenta un ánimo bajo con intensa irritabilidad e ira, se siente triste y llora con frecuencia. Cada vez es más difícil que termine los platos y las discusiones marcan las comidas familiares. No se ha observado ni ha referido conductas purgativas aunque sí



observan ejercicio físico (saltar y subir escaleras) especialmente después de las comidas. No ha faltado al colegio, incluso emplea muchas horas estudiando, pero cuando regresa tras haber realizado un examen duda de si aprobará.

A mediados de noviembre se siente más incapaz de comer. Según la madre hay que obligarla a comer. En la última consulta con Pediatría (21 noviembre) cuando la derivan a salud mental infantil se calcula que ha perdido 6 Kg en 6 meses (18% de masa corporal). Siendo el peso previo 35 Kg (Percentil 70) y actual 28 Kg (Percentil 15) con una altura de 1,44m (Percentil 50). El IMC previo es de 16,90 Kg/m<sup>2</sup> (Percentil 70) y el actual es 13,5 kg/m<sup>2</sup> (Percentil 3). Estadio de inicio de desarrollo de pubarquia y telarquia. No menarquia.

La familia está formada por los padres y tres hijas. La madre de 40 años, Licenciada en Economía trabaja a tiempo completo como socia en un Fondo de Inversión. El padre de 40 años, Licenciado en Farmacia trabaja a tiempo completo como comercial en una empresa Farmacéutica. Refieren una importante crisis de pareja hace 5 años antes del nacimiento de la tercera hija. Hermana de 11 años con dificultades de aprendizaje leves. Necesita apoyos educativos. Marta siempre le ayuda en las tareas académicas. La hermana de 4 años está sana, sin alteraciones referidas.

El estilo educativo es no autoritario y sin sobreprotección. Aparente consistencia parental aunque mayor dedicación de la madre a la educación de las hijas. Destaca exigencia de logros y rendimiento por parte de la madre. Calidez emocional de ambos padres. Escasa relación con las familias de origen.

En la historia de desarrollo destaca: concepción a los 3 meses del primer parto de la madre. Embarazo a término (42 semanas) con preclampsia. Parto por cesarea APGAR 8/10. Peso 3050 gr. talla 49 cm. Lactancia mixta desde el nacimiento. Paso a sólidos iniciado a los 6 meses sin alteraciones destacables. No intolerancias ni alergias alimentarias. Curva de desarrollo ponderal y circunferencia craneal en primer año en percentiles 50-60. Los cuidadores principales en edad infantil y hasta la actualidad son madre, padre y cuidadora profesional en domicilio. Adquisición de sueño nocturno normal. Desarrollo de la marcha y lenguaje precoz dentro de la normalidad. Comedora selectiva (aversión a carne, verduras y frutas) entre los 3 a 4 años, que supera con éxito y sin consecuencias en el desarrollo. Ansiedad de separación evolutiva en edad preescolar. Socialización adecuada en guardería y pre-escolar. A los 6-7 años desarrolla un cuadro clínico consistente en preocupación/miedo continuo a que les ocurra algo a los padres y no vuelva a verlos (especialmente a la madre), llanto y rabieta frecuentes así como dificultades de conciliación del sueño con pesadillas, que precisa intervención psicológica durante 6 meses y que remite totalmente. Destacan los siguientes rasgos de carácter: obsesividad, perfeccionismo, exigente consigo misma y tendencia a control del entorno. Necesidad de agradar a los demás.

El desarrollo somático ha sido normal con percentil de IMC 50-60. Relaciones sociales adecuadas con grupo de amigas del colegio hasta motivo de consulta y actividades extraescolares. Practica baloncesto en el equipo del colegio desde los 8 años. Buen rendimiento deportivo.

En los antecedentes familiares destaca: hermano materno diagnosticado de Trastorno obsesivo compulsivo desde la edad adolescente.



En la exploración psicopatológica destaca: consciente, orientada, colabora parcialmente en la entrevista pero al indicarle pautas alimentarias mínimas se enfada y agita abandonando la consulta. Animo: tristeza, sensación de indefensión y rechazo de meses de evolución. Actitud congruente con su estado de ánimo, se muestra inhibida en la entrevista. Distorsión de su imagen corporal percibiendo un abdomen abultado que le conduce a restringir la ingesta. Insomnio de conciliación y mantenimiento. Conductas compensatorias tras la ingesta en forma de ejercicio excesivo. Autolesiones leves con frecuencia aproximadamente quincenal como alivio de la ansiedad social y ante las comidas. No ideación autolítica. Ha mantenido su actividad académica.



### CASO PRÁCTICO 3

Varón de 13 años, que ingresa en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia (UHPIJ), derivado desde urgencias de otro hospital adonde había acudido por alteración de comportamiento.

Embarazo y parto sin complicaciones. Hitos del desarrollo dentro de la normalidad. No alergias medicamentosas. Según refiere la madre, requirió un ingreso en su país de origen a los 4 años por posible descompensación asmática. Su comportamiento y rendimiento académico habían sido correctos.

Niegan antecedentes psiquiátricos durante la edad preescolar y escolar. Desde hace un año ingiere alcohol (fines de semana), fuma marihuana (patrón de consumo: alrededor de 9 porros/semana, sólo y acompañado) y reconoce consumo de forma esporádica de cocaína esnifada. En el momento del ingreso en la analítica de tóxicos es positivo a cannabis y alcohol. A petición del IES fue valorado por Servicios Sociales por absentismo. Desde ahí se deriva a consulta en Salud Mental, donde fue atendido por un psicólogo clínico el mes anterior, negándose posteriormente a continuar seguimiento.

La madre niega antecedentes médicos o psiquiátricos propios de interés. Se desconocen posibles antecedentes psiquiátricos del padre. No refieren otros antecedentes psiquiátricos familiares.

Natural de Colombia, reside en España desde hace 6 años con su madre y dos hermanos (18 años y 14 meses). Su madre había venido primero a España (hace 10 años), dejando al paciente y su hermana mayor a cargo de abuelos maternos. Actualmente trabaja algunas horas en un locutorio, habiendo desarrollado previamente otras actividades laborales. Padre fallecido cuando sus hijos tenían 5 y 8 años. Actualmente viven en el domicilio la madre, su nueva pareja, los dos hermanos y un hermano fruto de esta nueva relación.

A los 12 años, coincidiendo con un diagnóstico de enfermedad grave a su hermana vuelve a Colombia con la abuela materna, donde vive alrededor de un año. Allí comienza con alteraciones de comportamiento, no seguimiento de normas, a volver tarde por la noche a casa y consumir drogas. Al volver a España se escolariza nuevamente (2º ESO), siendo expulsado del IES desde enero de este año por consumo de drogas dentro del centro.

Dos días antes de acudir a Urgencias el paciente volvió a su domicilio agitado y sudoroso, con fétor enólico y dificultad para conciliar el sueño. Se mostraba desafiante y agresivo con su madre, quien tuvo que llamar a las Fuerzas de Orden Público. La madre refiere que el paciente se mostraba agresivo verbal y físicamente con sus hermanos desde hacía unas semanas. Además, según relata, en los días previos al ingreso el paciente decía incoherencias (“me persiguen”, “estoy muy gordo”), había presentado conductas extrañas (salir desnudo a la calle, insistir en que su hermano de 14 meses le hablaba) y refiere que ha objetivado risas inmotivadas y algún soliloquio. El paciente había verbalizado importante angustia, llegando a presentar ideación suicida en momentos de mayor ansiedad, lo que actualmente niega. El paciente reconoce consumo habitual de marihuana y alcohol (solo y con amigos), siendo el último consumo hace 4 días. Asimismo refiere gran dificultad para conciliar el sueño (motivo por el cual dice que fuma porros) y que desde hace semanas siente que le siguen y piensa que le quieren hacer daño, incluso cuando no ha consumido. Durante su estancia en Urgencias (últimas 24 horas) es valorado en diferentes ocasiones. En la exploración psicopatológica se refleja un contacto hipertímico, reiterativo, contesta de forma irónica y



tangencial en ocasiones, sin objetivarse fuga de ideas. Dadas las dificultades de contención en domicilio y la clínica presentada por el paciente, se decide ingreso. De las pruebas complementarias al ingreso destacan tóxicos en orina: cannabinoides positivos (punto de corte 50 ng/mL) 255 ng/mL.; benzodiazepinas positivas (punto de corte 300 ng/mL) >600 ng/mL; RMN (26/3/2014) normal.

Al ingreso destaca en la exploración psicopatológica: consciente y orientado globalmente. Atento, abordable y parcialmente colaborador. Suspicaz, minimiza la sintomatología. Su discurso es estructurado, de tono y ritmo normales, centrado en la entrevista. Ideación de perjuicio con repercusión emocional y conductual expresada en días previos y que no manifiesta de forma espontánea a su llegada. Probables alteraciones sensorio-perceptivas. Insomnio de conciliación. Hiporexia. No auto o heteroagresividad. No signos ni síntomas de intoxicación o abstinencia en el momento del ingreso.

En los primeros días de ingreso predomina irritabilidad, suspicacia, ideas delirantes y cierta desorganización conductual junto con insomnio de conciliación. En las primeras entrevistas reconoce sintomatología psicótica con el consumo en otras ocasiones (alucinaciones visuales y auditivas, bloqueo motor, "mal viaje".) y minimiza la ideación delirante de perjuicio que refería al inicio, aunque sí reconociendo que le había ocurrido. Tras inicio y reajuste del tratamiento, que tolera adecuadamente, se objetiva mejoría evidente en cuanto a la conducta y los síntomas referidos. Realiza crítica de la ideación delirante y se muestra más tranquilo y colaborador. Durante su estancia en la unidad no se objetivan signos ni síntomas sugerentes de abstinencia, salvo momentos de nerviosismo autolimitados que él asocia con estar ingresado y con deseos de fumar, pero niega *craving*. Adaptado a la unidad, participa en las sesiones terapéuticas y se relaciona con el resto de los compañeros. Tras 1 mes de ingreso y dada la no existencia de sintomatología psicótica, afectiva mayor, ideas de muerte o autolíticas, además de la negativización de tóxicos en orina, se procede al alta. Verbaliza estar motivado para el cambio y para continuar seguimiento, coordinándose el alta con familia y profesionales de referencia.

Al cabo de un mes se objetivan problemas de conducta y consumo de tóxicos, falta de contención y seguimiento en el hogar, por lo que se realiza un nuevo ingreso en la UHPIJ. La madre refiere que ha tratado de denunciar un episodio de heteroagresividad hacia ella y ha solicitado una medida de protección urgente por parte de los servicios sociales, por lo que el paciente está esperando su traslado a un centro de menores. No está realizando tratamiento médico debido a la negativa del paciente y aunque la madre niega haber objetivado sintomatología psicótica, reconoce que en algún momento le ha visto comportarse de manera extraña. Se decide ingreso para observación e instauración de tratamiento. Las pruebas complementarias realizadas en este ingreso se encuentran dentro de los límites de la normalidad a excepción de tóxicos en orina donde es positivo a cannabis.

De la exploración psicopatológica en este ingreso destaca: consciente y orientado globalmente. Atento y poco colaborador. Sin signos de intoxicación o abstinencia. Discurso correctamente estructurado, de tono y ritmo normales. No se objetiva en la exploración sintomatología psicótica ni fenómenos alucinatorios aunque el paciente muestra actitud displicente y retardada. No ideación auto o heteroagresiva. No alteración de ritmos biológicos. Juicio de realidad conservado.

Tras el alta es trasladado a un centro de menores. Mantiene seguimiento en el CSM durante un año y medio y no ha abandonado el tratamiento pautado. Al cabo de este tiempo cesa la medida de protección y el paciente con 15 años pasa de nuevo a vivir con su madre. Acude a



un nuevo centro escolar (IES) donde ha comenzado 3ºESO. Muestra poco interés por las relaciones con iguales y por el aprendizaje y rendimiento académico. Comenta que es muy desconfiado con la gente.

En los últimos 15 días presenta nuevamente alteraciones comportamentales, episodios de frustración, actitud displicente y retadora, salidas nocturnas y comportamientos extraños (tira las sillas en clase, verbaliza incoherencias) por lo que su madre le trae de nuevo a urgencias, refiriendo que no puede asegurar la toma correcta del tratamiento pautado desde que ha salido del centro de menores.

Al ingreso se muestra consciente y orientado. Atento parcialmente y alerta. Colaborador, aunque algo desconfiado. Sin alteración psicomotora. No alteraciones del estado de ánimo. Cierta inhibición en la expresión facial con poco parpadeo. Alucinaciones auditivas en forma de voces que le insultan. No ideas auto ni heteroagresivas.

Dada la situación clínica se decide nuevo ingreso en la UHPIJ. Durante su estancia, de unas 4 semanas, se muestra colaborador la mayor parte del tiempo, aunque con momentos de inadecuación ante las normas. Se han observado conductas sugerentes de alucinaciones, ensimismamiento, soliloquios y desorganización de comportamiento al inicio del internamiento que han cedido al cabo de pocos días tras reanudarse el tratamiento, mostrándose cada vez más colaborador y adecuado. Ha salido de la unidad acompañado por la madre y en las salidas no ha habido problemas de relevancia, aunque han surgido discusiones con descontrol verbal derivadas de sus dificultades para la tolerancia a la frustración. Al alta se muestra consciente y orientado, atento y colaborador, sin alteraciones psicomotrices, del estado de ánimo ni psicóticas que se puedan objetivar y negando ideas auto o heteroagresivas. Acepta el tratamiento médico y el seguimiento.

Al cabo de un mes acude a consulta urgente en su CSM. No ha acudido a las visitas ni seguido el tratamiento pautado. Presenta síntomas psicóticos (delirios autorreferenciales, megalomaníacos y posibles alucinaciones auditivas) y maniformes (inquietud psicomotora, ánimo expansivo, hipersexualidad, desinhibición general en la relación, logorrea). No han acudido a las citas de seguimiento por parte de Servicios Sociales. Su madre refiere que no es posible mantener una relación con su hijo porque a pesar de haber dejado los tóxicos, su estado de ánimo es tan cambiante que no es posible convivir con él. Remarca que tiene cambios de humor frecuentes a lo largo del día, pasando de estar muy activo a totalmente encamado y apático y refiriendo deseos de morir.