

**M. G. Morón Nozaleda (1), S. Ruiz Murugarren (2), L. Marinas Navarro (1), A. Pelaz Antolín (3)**

(1) Médico Interno Residente de Psiquiatría del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

(2) Psiquiatra del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

(3) Psiquiatra Infantil del Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares, Madrid.

**Correspondencia:**

Antonio Pelaz Antolín  
Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento  
"Francisco Díaz". Centro de Salud Mental.  
C/ Octavio Paz s/n  
28806 Alcalá de Henares. Madrid. España  
Mail: apelaz@gmail.com

**Alucinaciones en un niño no psicótico: estudio de un caso**

*Hallucinations in a non-psychotic child: case report*

**RESUMEN**

La presencia de alucinaciones es relativamente común en la niñez, y estas aparecen con mayor frecuencia en el contexto de un desarrollo normal o en niños con trastornos no psicóticos que en psicóticos. Presentamos el caso de un niño de siete años que acude al servicio de urgencias por molestias somáticas y alucinaciones visuales y auditivas de siete días de evolución, acompañadas de importante ansiedad. Estos síntomas son cercanos en el tiempo a una intervención por cáncer de la abuela del niño. Las pruebas complementarias descartaron un cuadro médico que pudiera justificar la clínica. A los pocos días de la primera atención psiquiátrica las alucinaciones y molestias somáticas cedieron, aunque aparecieron pesadillas y miedos que se resolvieron a los dos meses. El cuadro se diagnostica de trastorno de adaptación agudo con predominio de ansiedad según criterios DSM-IV-TR, considerándose el apoyo psicote-

rapéutico, el acompañamiento y la protección del niño como los factores más importantes en el tratamiento en este caso. Ante la presencia de alucinaciones en los niños es necesaria una evaluación del cuadro clínico completo para poder dar un tratamiento apropiado, ya que se han descrito fenómenos alucinatorios en niños en relación con varias patologías.

**PALABRAS CLAVE**

Niños, trastorno de adaptación, ansiedad, alucinaciones, somatización.

**ABSTRACT**

Hallucinations are relatively common in childhood, and occur most frequently in the context of normal development or in children with non-psychotic disorders than in psychotic ones. We report the case of a seven-years-old child attended in the emergency room because of somatic complaints and visual and auditory

hallucinations spanning seven days, accompanied by significant anxiety. These symptoms are close in time to an intervention for cancer of the boy's grandmother. Complementary examinations ruled out a medical condition that could justify the medical profile. A few days after, the hallucinations and somatic complaints subsided, although there were nightmares and fears which resolved within two months. The diagnosis was acute adjustment disorder with prevalence of anxiety following DSM-IV-TR criteria. Psychotherapeutic support, assistance and protection of the child were considered as the most important factors in the case management. In the presence of hallucinations in children is necessary to evaluate the full medical profile in order to give appropriate treatment, as hallucinatory phenomena have been described in children in relation to various diseases.

#### **KEYWORDS**

Children, adjustment disorder, anxiety, hallucinations, somatization.

#### **INTRODUCCIÓN**

La presencia de alucinaciones se ha considerado tradicionalmente como un fenómeno psicopatológico en estrecha relación con los cuadros psicóticos. Sin embargo, las alucinaciones son relativamente comunes en la niñez, y es más frecuente que aparezcan en el contexto de un desarrollo normal o en niños con trastornos no psicóticos que en psicóticos<sup>1</sup>. Entre los cuadros clínicos no psicóticos con los que se han relacionado las alucinaciones están los trastornos emocionales y de conducta<sup>2</sup>, niños que se enfrentan a situaciones de alto sufrimiento<sup>3</sup>, trastornos afectivos y migrañas<sup>4</sup>, niños con ansiedad y trastornos adaptativos<sup>5</sup>, trastorno oposicionista desafiante<sup>6</sup>, trastorno por déficit

de atención e hiperactividad, alucinosis fóbica benigna (como alucinaciones táctiles y visuales en preescolares y primeros años de escolarización<sup>7</sup>), cuadros disociativos y síndrome de estrés postraumático<sup>3</sup>, niños con privación severa social y psicológica o ambiente propenso a las creencias de tipo místico, epilepsia del lóbulo temporal, y en ocasiones en síndrome de Tourette<sup>4</sup>. También se relaciona con mayor frecuencia con altos niveles de ansiedad y/o depresión<sup>3</sup>. En todos los casos, será importante también considerar el entorno cultural del niño y la aceptación de estos fenómenos<sup>7</sup>.

El que se ha considerado como el primer psiquiatra en estudiar sistemáticamente los trastornos de la percepción en niños es Moreau de Tours (1888), citado por Garralda<sup>2</sup>. Este autor atribuye las alucinaciones a estados tóxicos orgánicos, así como a los "efectos morales adversos de leer cuentos de hadas". Desde entonces diversos autores han estudiado la asociación entre las alucinaciones y la imaginación de los niños.

Se deben distinguir las alucinaciones reales de fenómenos parecidos, como las ilusiones, las imágenes eidéticas o los amigos imaginarios. Las alucinaciones se han definido clásicamente como una falsa percepción sensorial no acompañada de un estímulo externo<sup>1</sup>. En la Entrevista para trastornos afectivos y esquizofrenia para escolares, en su versión de episodios actuales (K-SADS)<sup>7</sup>, se especifican una serie de parámetros adicionales en cuanto a las alucinaciones en niños, como la existencia de una conciencia clara, y la ausencia de fiebre, delirium, o la influencia de sustancias psicoactivas. Las imágenes eidéticas y los amigos imaginarios son clasificados en la K-SADS como "fenómenos alucinaciones-like".

Respecto a las alucinaciones no psicóticas en los niños, parece que se trata de fenómenos relativamente frecuentes, pero que probablemente no se registran debidamente, en parte porque no se exploran por los profesionales<sup>4</sup>. En los estudios la incidencia varía mucho, debido a diversos factores como la población elegida y el tipo de estudio.

El primer paso a la hora de entender las alucinaciones en los niños consiste en identificar las causas mayores de alucinaciones, diferenciándolas de las causas de importancia menor. En el diagnóstico diferencial debemos considerar tres opciones fundamentales: 1) la presencia de alucinaciones en el contexto de un cuadro psiquiátrico en el que no aparecen como signo psicopatológico central, como en las conductas disruptivas, los trastornos de ansiedad o del estado de ánimo o los duelos prolongados; 2) cuadros en los que las alucinaciones son un signo psicopatológico común, tales como la esquizofrenia o los trastornos esquizofreniformes, los trastornos depresivo mayor y bipolar con síntomas psicóticos; y, 3) fenómenos prodrómicos o de riesgo de desarrollar esquizofrenia. También pueden relacionarse con cuadros médicos como intoxicaciones, epilepsia, migraña, trastornos metabólicos o infecciones<sup>1,7</sup>.

Parece haber claras diferencias entre niños psicóticos y no-psicóticos con alucinaciones. Según Garralda (1984)<sup>2</sup>, en psicóticos se encontraban con mayor frecuencia trastornos del lenguaje, enlentecimiento psicomotriz, afecto incongruente, comportamiento extraño y aislamiento social, así como la presencia de creencias delirantes. Por otro lado, a pesar que los contenidos de las alucinaciones parecen similares entre poblaciones de niños psicóticos y no psicóticos, en psicóticos se diferencian por

llevar con mayor frecuencia a actitudes agresivas<sup>5</sup>. Según la Escala de síntomas prodrómicos (SOPS, Scale of Prodromal Symptoms) de la Universidad de Yale, para considerar las alucinaciones como psicóticas éstas deben ser vividas como reales y tener una influencia sobre los pensamientos, sentimientos o conductas al menos en algún grado<sup>1</sup>.

En cuanto al pronóstico, Schreier concluye que las alucinaciones aportan poco al mismo, siendo éste más predecible por la presentación clínica general del cuadro<sup>4</sup>. Esto es consistente con el estudio prospectivo longitudinal de Garralda<sup>8</sup>, en el que las alucinaciones en niños no parecen determinar un mayor riesgo para trastornos psicóticos, afectivos, daño cerebral orgánico u otros trastornos psiquiátricos. Por otro lado, Kotsopoulos considera que el pronóstico a corto plazo de las alucinaciones es bueno cuando los factores estresantes que las precipitaron han sido entendidos y afrontados eficazmente<sup>5</sup>.

## CASO CLÍNICO

### *Motivo de consulta*

Paciente de 7 años derivado desde su Médico de Atención Primaria por molestias somáticas y alucinaciones visuales complejas y auditivas de 7 días de duración.

### *Antecedentes Personales*

Embarazo controlado, a término. Parto vaginal normal, no instrumental. No precisó reanimación ni ingreso al nacimiento. Desarrollo psicomotor normal (deambulación a los 15 meses, con gateo previo). Enuresis secundaria a los 4 años tras el nacimiento de su prima. Buena adaptación socioescolar. Plagiocefalia residual leve. Problemas mandibulares. Ingreso hace 2 años por hematoquecia. Vacunación correcta. Sin alergias medicamentosas conocidas. Sus

padres le definen como un niño bueno, tímido, sensible e impresionable.

#### *Antecedentes Familiares*

No hay antecedentes psiquiátricos. Abuela paterna: cáncer de estómago, actualmente en tratamiento con quimioterapia. Padre y tío paternos con migraña severa.

#### *Enfermedad Actual*

Los padres llevan al niño a urgencias de su hospital de referencia por dolor en epigastrio (“me duele la tripa como a la abuela”) y alteraciones sensorio-perceptivas de una semana de evolución, que el niño dice que suelen seguir un orden: “primero oigo a Jesús que me dice cosas buenas, luego otra voz que me dice cosas malas, y luego veo arañas... a veces las mato y desaparecen cuando vienen mis padres”. Anteriormente había acudido por cefaleas, ya resueltas. Los padres también relatan algún episodio aislado de palidez, sudoración, hiperventilación y sensación de taquicardia. La aparición de la sintomatología está cercana en el tiempo a una intervención quirúrgica de cáncer de estómago de su abuela, con quien el niño se siente muy unido.

#### *Exploración Psicopatológica*

El niño se muestra durante la exploración consciente y orientado en las tres esferas, abordable y colaborador, con un contacto sintónico. Adecuada reactividad afectiva y aparentemente eutímico, con una moderada resonancia afectiva de las alucinaciones. Discurso espontáneo, fluido y coherente, sin alteraciones formales. No presenta alteraciones formales del pensamiento. Alucinaciones auditivas intracraneales y visuales complejas de curso fluctuante asociadas a periodos de baja estimulación sensorial (a solas, en silencio o en la oscuridad), sin un ritmo circadiano estable, y que ceden cuando se

le acompaña. No parece haber presentado conductas alucinatorias con sus padres ni durante la exploración. A pesar de vivirlas como reales, no resulta irreductible a la argumentación, sintiéndose de hecho más tranquilo al escuchar que no era real. No manifiesta ideas de muerte ni auto/heteroagresividad. Insomnio de conciliación en los últimos días, e importante ansiedad.

#### *Pruebas Complementarias*

En la atención en urgencias se realiza una analítica general, tóxicos en orina y Tomografía Axial Computerizada craneal, sin alteraciones significativas.

#### *Diagnóstico Diferencial*

En la urgencia se plantea el diferencial entre: 1) Cuadro médico que explicara la clínica, descartándose urgencia médica; 2) Origen psicógeno en relación con factores desencadenantes e importante ansiedad; y, 3) Trastorno mental grave con síntomas psicóticos.

#### *Tratamiento*

Se pauta inicialmente clorazepato dipotásico a dosis de 2,5mg sólo en caso de marcada angustia, derivándose a seguimiento en consultas externas de psiquiatría y neuropediatría para filiación diagnóstica y tratamiento.

#### *Evolución*

En los días posteriores a la intervención en urgencias, tanto las alucinaciones como las molestias somáticas fueron disminuyendo en frecuencia e intensidad hasta su completa desaparición, sin precisar tratamiento farmacológico antipsicótico. No obstante, el niño comenzó a presentar pesadillas y sueño inquieto, así como a expresar miedo a quedarse solo y preocupaciones rumiativas en torno a la muerte. Estos miedos cedieron aproximadamente dos meses después, estando asintomático hasta el momento actual.

En la evaluación neuropediátrica, no se detectó cuadro orgánico que pudiera explicar la sintomatología. En la Resonancia Magnética (RM) cerebral se detectó un quiste neuroglial de 5mm situado en sustancia blanca de lóbulo parietal izquierdo, si bien se consideró un hallazgo accidental no relacionado con la clínica.

## DISCUSIÓN

En primer lugar, la importancia de la intervención en el servicio de urgencias radica en descartar las causas más graves de las alucinaciones<sup>7</sup>. No se encontró ningún cuadro orgánico que justificara la clínica, incluyendo ausencia de intoxicación. En cuanto al hallazgo de un quiste neuroglial parietal en la RM, no se encuentran casos descritos en la literatura que lo relacionen con la presencia de alucinaciones.

En segundo lugar, hay que dilucidar el origen psicótico o no psicótico de las alucinaciones. El niño en ningún momento presentó otra sintomatología compatible con un cuadro psicótico aparte de las alucinaciones. Atendiendo a las consideraciones de Garralda<sup>2</sup>, el niño no presentó creencias delirantes; el afecto era congruente con las circunstancias, sintiéndose más nervioso y asustado en relación con las alucinaciones; no presentaba enlentecimiento psicomotriz; el discurso era normal y adecuado a su edad y tampoco presentó aislamiento social. No tuvieron una consecuencia marcada en el funcionamiento global del niño, en base a la escala de síntomas prodrómicos de la universidad de Yale<sup>1</sup>, ni condujeron a conductas agresivas<sup>5</sup>, si bien en algunas ocasiones las alucinaciones visuales se acompañaban de conductas consecuentes a las mismas (intentar matar las arañas), lo cual se ha visto también en otros casos<sup>4</sup>.

Por otro lado, las características fóbicas y re-

lacionadas con un estado elevado de ansiedad orientan a la benignidad del cuadro<sup>3</sup>, así como la presencia de precipitantes claramente identificados<sup>2</sup> en relación con un estrés personal o familiar<sup>3</sup>, en este caso, la enfermedad de la abuela. Las alucinaciones se resuelven al entenderse el origen de las mismas y afrontarlas adecuadamente<sup>5</sup>. También se ha encontrado una relación significativa entre las alucinaciones y la presencia de pensamientos e imágenes intrusivas y con las pesadillas<sup>6</sup>.

En cuanto a las características de las alucinaciones auditivas, concuerda con un origen no psicótico el hecho de que sólo fuera una voz a la vez<sup>4</sup>. Las alucinaciones intracraneales se han relacionado con niños menores de 13 años y las que provienen de fuera en mayores, considerándose un elemento madurativo, lo cual es consistente con el caso que presentamos<sup>2</sup>.

Las alucinaciones visuales que con mayor frecuencia se han descrito son objetos amenazantes como esqueletos o fantasmas que asustan al niño<sup>2</sup>, arañas en nuestro caso, y no es infrecuente que el niño realice algo para disuadirlas.

Si bien es menos frecuente la concurrencia de alucinaciones mixtas visuales y auditivas, también se ha visto con relativa frecuencia<sup>1</sup>.

Aunque la presencia de cefaleas a lo largo de la evolución y la historia familiar de migraña podrían orientar a la asociación entre trastornos afectivos, alucinaciones y migrañas descritos por Schreier<sup>4</sup>, la presencia de alucinaciones mixtas visuales y auditivas va en contra de que el cuadro se pueda entender como en el contexto de una migraña, ya que las alucinaciones encontradas con mayor frecuencia en migrañas son las olfativas y gustativas<sup>4</sup>.

En cuanto al componente somático (cefaleas y dolor en epigastrio en este caso) y la inca-

pacidad del niño para identificar y expresar las propias emociones, se ha descrito como uno de los principales factores que predisponen a la somatización, en concreto las cefaleas y el dolor abdominal<sup>9</sup>. En nuestro caso no llega a cumplir criterios para ser diagnosticado de trastorno somatomorfo según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)<sup>10</sup>, y por otro lado el hecho de que los dolores fueran autolimitados y en relación con un estresor identificado, ya que el niño percibía su dolor de estómago como igual al de su abuela, orientan al carácter ansioso de los mismos.

Finalmente, ante la naturaleza no psicótica de las alucinaciones, la ausencia de un cuadro médico subyacente, la presencia de un estresor identificable dentro de los tres meses previos a la aparición de la sintomatología y su resolución en menos de seis meses, así como el aumento en la dificultad del niño para separarse de las figuras de mayor vinculación, nos decantamos por el diagnóstico de trastorno de adaptación agudo con predominio de ansiedad, según los criterios del DSM-IV-TR<sup>10</sup>.

## CONCLUSIÓN

Ante la presencia de alucinaciones en los niños es necesaria una evaluación del cuadro clínico completo para poder dar un tratamiento apropiado. Se han descrito fenómenos alucinatorios en niños en relación con varias patologías, entre ellas los trastornos por ansiedad y los trastornos de adaptación, como es el caso que presentamos.

En el caso de alucinaciones no psicóticas con un componente importante de estrés personal y ansiedad, es posible que el apoyo psicoterapéutico y el acompañamiento y protección del niño sean lo más importante. Además, no se debe

alarmar ni a los padres ni al propio niño, que puede sentirse aliviado por el hecho de que “oír voces” no suponga que está loco o seriamente amenazado, a pesar de que el profesional deba estar atento a esta posibilidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sosland MD, Edelson GA. Hallucinations in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep* 2005; 7: 180-188.
2. Garralda ME. Hallucinations in children with conduct and emotional disorders: I. The clinical phenomena. *Psychol Med* 1984; 14: 589-596.
3. Best NT, Mertin P. Correlates of auditory hallucinations in nonpsychotic children. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2007; 12: 611-623.
4. Schreier HA. Hallucinations in nonpsychotic children: more common than we think? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 623-625.
5. Kotsopoulos S, Kanigsberg J, Cote A, Fiedorowicz C. Hallucinatory experiences in nonpsychotic children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26: 375-380.
6. McGee R, Williams S, Poulton R. Hallucinations in nonpsychotic children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 12-13.
7. Edelson GA. Hallucinations in children and adolescents: considerations in the emergency setting. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 781-785.
8. Garralda ME. Hallucinations in children with conduct and emotional disorders: II. The follow-up study. *Psychol Med* 1984; 14: 597-604.
9. Gilleland J, Suveg C, Jacob ML, Thomas-

sin K. Understanding the medically unexplained: emotional and familial influences on children's somatic functioning. *Child Care Health Dev* 2009; 35: 383-390.

10. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta edición, Texto Revisado. Asociación Americana de Psiquiatría. Washington, 2000.