

LAS ALUCINACIONES EN LOS NIÑOS NO-PSICOTICOS

Ma. Elena Garralda Hualde*

Título original: Hallucinations in Non-Psychotic Children**

Summary

It is possible to differentiate between imaginary or pretended activities in young children, and hallucinations, but there are indications that, because of cognitive immaturity, it is difficult for children to distinguish between hallucinations and dreams or other hypnagogic phenomena, before 7 years of age. There would appear to be a developmental dimension to the localization in space and modality of hallucinations. Hallucinations are rare in children with conduct and emotional disorders and these children do not differ markedly from other children with similar diagnoses, nor do they have a worse prognosis. But there are some intriguing features in their clinical presentation. There are indications of links between hallucinations and psychiatric bereavement reactions and some individuals would appear to have a special predisposition to hallucinate. They would have a special lability in systems maintaining adequate levels of awareness, and this, in association with mood changes, would lead to the emergence of hallucinations into consciousness. This is regarded as an intriguing area for further study.

Resumen

Es posible distinguir entre las actividades imaginarias o sueltas de los niños y sus alucinaciones, pero hay veces que, debido a la inmadurez cognoscitiva, es difícil para los niños menores de 7 años distinguir entre las alucinaciones y los sueños u otros fenómenos hipnagógicos. Parece ser que hay una dimensión en desarrollo en la localización del espacio y la modalidad de las alucinaciones.

Las alucinaciones rara vez ocurren en los niños con trastornos emocionales y de la conducta y esos niños no son tan distintos de otros niños con diagnósticos similares, ni tienen tampoco una peor prognosis. Pero hay algunas características confusas e interesantes en su presentación clínica. Hay indicadores de que hay alguna relación entre las alucinaciones y las reacciones psiquiátricas de desconsuelo y parece ser que algunos individuos tienen una predisposición especial a alucinar. Parecen tener una labilidad especial en los sistemas que mantienen los niveles adecuados de conciencia, y esto, asociado con los cambios de humor, los puede llevar a experimentar alucinaciones en estado de vigilia. Esta es un área interesante y que amerita ser más investigada.

Las alucinaciones han excitado la imaginación de la gente durante siglos. A pesar de que siempre se les ha asociado con la locura, también han desempeñado funciones sociales importantes, como las visiones en las experiencias religiosas y las alucinaciones en los estados

de trance, consideradas como una señal de comunicación directa con lo sobrenatural. Se dice que Juana de Arco oyó voces celestiales durante años y que Santa Teresa de Avila consideró sus conversaciones directas con Dios como inspiración para las trascendentales reformas religiosas que promovió.

A lo largo de los siglos, las alucinaciones han figurado prominentemente en los trabajos descriptivos de los trastornos psiquiátricos. Dentro de nuestro sistema nosológico actual, han sido descritas en los estados psicóticos, especialmente en la esquizofrenia. Pero a pesar de ser menos frecuentes, también ocurren en los estados orgánicos, depresivos y neuróticos.

En los años de 1950 y 1960, hubo un gran interés en este síntoma por considerársele como una clave para comprender los procesos orgánicos en los trastornos mentales severos. Estos se inducían por medio de la privación sensorial y por la estimulación directa del cerebro durante la neurocirugía en los pacientes epilépticos, o por medio de sustancias alucinógenas^(30,20,10,28). Recientemente se han estudiado en relación con la actividad de los neurotransmisores cerebrales, como los opiáceos, y se ha sugerido que las interacciones entre los neurotransmisores dopaminérgicos, serotoninérgicos y endorfinérgicos tienen que ver en el sustrato bioquímico de los episodios alucinatorios depresivos⁽¹⁾.

La bibliografía sobre las alucinaciones de los niños es mucho menos extensa, y no cabe duda de que la dificultad para conocer los estados de humor subjetivos y la experiencia en los niños es un factor determinante. El psiquiatra francés Moreau de Tours⁽²⁵⁾ fue probablemente el primero en describir ampliamente estos fenómenos en el siglo pasado. Los relacionó con los estados tóxicos orgánicos, pero también con los efectos morales adversos que se producían al leer cuentos de hadas. Henry Maudsley⁽²⁴⁾ se sumó al punto de vista común de la época, de que la imaginación excesiva en los niños inducía este síntoma, por lo que debía de evitarse ya que más tarde podría degenerar en locura.

Las alucinaciones parecen ser un síntoma psiquiátrico poco frecuente en los niños. Sin embargo, su frecuencia real todavía no se ha establecido con ningún grado de certeza debido, principalmente a que a diferencia de lo que ocurre en los adultos, en los niños no es investigada sistemáticamente.

Hay varias razones para ello. Una es que tal vez no sean tan frecuentes. Otra es que se asocian con la idea de la psicosis y de la locura, y estos son problemas que,

* Profesora de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en el Booth Hall Children's Hospital de la Universidad de Manchester, Charlestown Road, Manchester M9-2AA (Inglaterra).

** Traducido por Ma. Antonia Espel.

a diferencia de lo que ocurre en los adultos, rara vez preocupan a los psiquiatras infantiles. La tercera razón es que su significado, fuera de los estados psicóticos, es muy poco claro y el tratar de explicar su presencia puede ser difícil, por lo que generalmente el clínico no se esfuerza en interpretar el síntoma. Una cuarta razón es que tenga tal vez que ver con la inmadurez cognoscitiva de la niñez. Esto puede complicar el establecimiento de los síntomas en esa época en la que puede ser difícil distinguir entre las alucinaciones y otros procesos imaginarios típicos de la niñez, tales como los compañeros imaginarios, las imágenes eidéticas, los juegos imaginarios o los fenómenos nocturnos, como los terrores.

Y aún así, las alucinaciones siguen siendo, incluso en la psiquiatría infantil, uno de los síntomas psiquiátricos por excelencia. Su presencia puede ser tan alarmante para los padres como para los niños, por lo que generalmente los padres se dirigen a la consulta de urgencias para tratar de aclarar si éstos son los primeros síntomas de un estado psicótico incipiente.

Hay varias razones que explican por qué es importante el estudio de las alucinaciones en la niñez. Por un lado, a menos de que sean parte de un estado psicótico, se piensa en ellas como triviales para tratar de negar su existencia, ya que no tienen explicación. Se hacen comentarios como el siguiente: "son pseudo-fenómenos; son histerismos, los niños las están inventando para llamar la atención; se trata de un niño angustiado". Más alarmante todavía es el hecho de que, si se toma el síntoma en serio, pero equivocadamente, estos niños pueden ganarse injustificadamente el diagnóstico de esquizofrenia. Es por ello que es importante comprender mejor su significado clínico y su relación con los estados psicóticos desde una perspectiva basada en el desarrollo.

Al revisar la bibliografía, lo primero que llama la atención es que es posible para el observador *distinguir entre los actos fantasiosos y la realidad de los niños*. Despert⁽⁶⁾ publicó un estudio sobre el comportamiento y la comunicación durante el juego, en los niños normales de entre 2 y 5 años de edad en el jardín de niños. A pesar de que las actividades fantasiosas eran comunes, las alucinaciones no lo eran. Algunos niños hablaban repetidamente sobre sus fantasías pero les faltaba la característica de la percepción. Los niños con una imaginación más creativa reconocían sus fantasías como tales, y no como realidad. En algunos casos había la posibilidad de que fueran fenómenos ilusorios o alucinatorios relacionados con el sueño.

Lo que parece que es difícil para los niños pequeños no es el diferenciar las fantasías provocadas y los actos supuestos de la realidad, sino el saber la diferencia entre los sueños y otros fenómenos subjetivos, como las alucinaciones. Despert observó que, a pesar de que algunos niños relataban sus experiencias hipnagógicas, era imposible obtener la evidencia suficiente de los mismos niños para poder llegar a la conclusión de que las experiencias eran realmente alucinaciones hipnagógicas y no sueños.

Las investigaciones que se han hecho acerca del desarrollo cognitivo en los niños, llegan a las mismas conclusiones. Piaget⁽²⁶⁾ dice que, "hasta los 7 u 8 años de

edad, los sueños siempre son considerados como una realidad objetiva, como una especie de pintura etérea que está flotando en el aire y queda fija a los ojos". La inmadurez perceptiva también puede contribuir a ello. Las investigaciones sobre el desarrollo de la percepción y la atención de los niños indican que, al igual que en la búsqueda táctil, el patrón adulto de búsqueda visual, en el que se pone más atención a los puntos de mayor información del estímulo, no se alcanza en los niños sino hasta la edad de 6 años⁽²⁹⁾.

Los primeros estudios de Louise Despert mostraron que las alucinaciones no eran una característica común en los niños pequeños normales, y confirman su estatus como perteneciente al campo de la psicología anormal. Desde entonces, Kolvin y cols.⁽²¹⁾, entre otros, han demostrado que las alucinaciones son uno de los síntomas claves al comienzo de las psicosis tardías, pero su presencia en los niños con problemas psiquiátricos no-psicóticos ha sido mucho menos bien documentada. La poca documentación publicada ha sido principalmente anecdótica o basada en estudios no controlados; o sea que cuando concluyen diciendo que las alucinaciones son una reacción al estrés agudo, una expresión de la necesidad que tienen los niños de ser reconfortados, o una reacción a la fuerte carencia medioambiental en culturas en las que las creencias en supersticiones y en la cultura mística son comunes, pueden estar simplemente reflejando el tipo de población de la que se sacó el ejemplo^(32,22,3,9).

El estudio llevado a cabo por la autora trata de esclarecer las implicaciones clínicas del síntoma. Para ello se examinaron inicialmente los casos atendidos en el Hospital Maudsley y se fue anotando la información sistemáticamente disponible. Las alucinaciones se definen como: "percepciones sin el estímulo externo correspondiente"⁽⁴⁾. Los niños con alucinaciones exclusivamente hipnagógicas y los niños con estados orgánicos tóxicos fueron excluidos en el proceso de selección. En el estudio se compararon 20 niños que experimentaban alucinaciones y trastornos no-psicóticos (trastornos de conducta y emocionales) con: 1) una muestra comparativa de pequeños pacientes, en la que no se había buscado el par (*match*); 2) psicóticos con alucinaciones y 3) una muestra de niños que no tenían alucinaciones, que hacían el par con los probandos de acuerdo con su diagnóstico, edad, sexo, y nivel de inteligencia, y por su condición de pacientes internos o externos. Los resultados de este estudio se utilizarán como un punto de enfoque para comentar el significado de este fenómeno en los niños^(13, 14, 15, 16).

Lo primero que debe tomarse en cuenta es que las alucinaciones *no eran comunes* en los niños de la muestra que se había estudiado durante esos años. Solamente tuvo alucinaciones un 1% de los casos. Esta cifra está subvaluada porque no se basa en información directa y, como se sabe, las alucinaciones se pasan por alto a menos de que se haga un interrogatorio directo y detallado⁽¹²⁾. Sin embargo, esta cifra es bastante parecida a las que otros autores han encontrado antes y representa el número de niños para quienes las alucinaciones son un síntoma prominente^(9, 7). Pero como aquí estamos principalmente interesados en las aluci-

naciones de los niños que no son psicóticos, debemos hacer notar que la frecuencia con la que se presentan en ellos difiere mucho de aquella con la que se presentan en los niños psicóticos. Las alucinaciones eran muy comunes y el 75% de los niños las experimentó al principio de las psicosis tardías, pero fueron muy raras en los niños con trastornos emocionales o conductuales (solamente el 0,5%).

Se encontraron dos grandes diferencias entre los niños que no eran psicóticos, pero que tenían alucinaciones, y la población general de pequeños pacientes. Los niños que experimentaban alucinaciones eran admitidos con mayor frecuencia como pacientes internos y eran de más edad. Seguramente que a estos niños se les atendía más por la alarmante naturaleza de su sintomatología, que hacía que fuera aconsejable admitirlos como pacientes internos. En lo que respecta a la edad, ninguno de ellos tenía menos de 7 años. Este es un hallazgo constante en la bibliografía y se refiere tanto a los niños psicóticos como a los que no lo eran^(6, 3, 8, 31), a pesar de que no tiene que ver con los estados tóxicos. En el proceso de selección del estudio se excluyó a un niño menor de 5 años que tenía alucinaciones porque éstas eran parte de un estado tóxico secundario a la inyección de dextroamfetamina. Es por ello probable que en los niños de menos de 7 años de edad, las limitaciones cognitivas impidan evaluar las alucinaciones, a menos de que éstas se experimenten inmediatamente después de un estado tóxico.

La siguiente pregunta sería si la naturaleza del fenómeno varía en los niños psicóticos y en los que no lo son. Al comparar las alucinaciones de los niños psicóticos y de los no-psicóticos, se encontró que había poca diferencia en la *modalidad* de las mismas. Los fenómenos auditivos eran los más comunes en ambos grupos, y cerca de la mitad de ellos experimentaba alucinaciones visuales. Sin embargo, es muy posible que las etapas del desarrollo influyan en esta modalidad. Por ejemplo Wieck⁽³¹⁾, en una muestra de niños psicóticos, notó que las alucinaciones visuales predominaban en los niños de 7 a 8 años de edad. Esto cambiaba gradualmente a lo opuesto, o sea que los niños de más de 10 años de edad experimentaban predominantemente fenómenos auditivos. En nuestro estudio fue interesante observar que los fenómenos exclusivamente visuales ocurrían en dos niños de menos de 10 años. En otros pequeños, las alucinaciones visuales se presentaban junto con las alucinaciones auditivas. Esto podría reflejar la preferencia de los niños más pequeños por el modelo visual de percepción. Cuando a los niños pequeños normales se les realizan ejercicios de atención con material narrado, se observan mejores resultados cuando el material se presenta en forma visual, que cuando se presenta predominantemente en forma auditiva.⁽¹⁷⁾

En general, la mayoría de los estudios reportan condiciones muy similares en las alucinaciones auditivas. Estas generalmente consisten en órdenes que se les dan a los niños, a menudo pidiéndoles que hagan algo malo. En nuestra muestra observamos que las voces se oían con mayor frecuencia dentro de la cabeza del niño. Como éste era el caso tanto para los niños psicóticos, como para los que no lo eran, creemos que la *localiza-*

ción en el espacio probablemente no sea de gran importancia diagnóstica. Las investigaciones que se han hecho en los adultos, indican que la diferencia entre las alucinaciones y las pseudoalucinaciones que se basan en la realidad de las experiencias y en la localización en el espacio, es probablemente de poca importancia diagnóstica, a pesar de las persistentes aseveraciones históricas a este respecto^(19, 18).

Las etapas del desarrollo pueden influir en su localización en el espacio. Tanto Bender⁽³⁾ como Furer y cols⁽¹²⁾ han hecho hincapié en el cambio que ocurre en la localización de las voces, de interna a externa, a medida que aumenta la edad. En nuestro estudio encontramos que prácticamente todas las experiencias visuales se localizaban en el espacio externo, mientras que los fenómenos auditivos se localizaban predominantemente en el espacio interno antes de los 13 años de edad, y en el espacio externo a partir de entonces. Posiblemente una de las diferencias que hay entre los niños psicóticos y los que no lo son se encuentra en su respuesta a las alucinaciones. Los niños psicóticos respondían de una manera mucho menos emocional que los niños que no eran psicóticos, cuyas respuestas eran más emocionales.

Un *ejemplo* de alucinación auditiva sería el de un niño de 12 años de edad que decía "oír día y noche una voz desde adentro, como si su pensamiento fuera hablado, que le decía cosas de otras personas. A veces oía voces que le decían que tenía que hacer algo malo. Había oído estas voces todo el año anterior al estudio, pero dejó de oírlas poco antes de que se iniciara. Se asustaba muchísimo cuando las oía, y sufría un ataque de pánico que duraba 15 minutos".

Con respecto a las alucinaciones visuales, los niños decían ver objetos que los asustaban, como esqueletos o fantasmas, y también decían haber visto a personas que habían muerto recientemente. Un ejemplo de este tipo de alucinaciones podría ser el de un niño de 10 años de edad que decía ver esqueletos en la noche. Durante la entrevista en el hospital, cuando estaba describiendo los esqueletos que veía, empezó a golpearlos, y mientras lo hacía mostraba una gran participación emotiva. Este niño se asustaba muchísimo cuando veía los esqueletos. Ingresó al hospital con un estado de angustia después de que había empezado a quejarse de experimentar alucinaciones visuales. Tenía una historia de síntomas antisociales y de problemas con la ley, y las alucinaciones coincidían con su preocupación por un robo cometido recientemente. El cuadro general era una mezcla de trastorno emocional y conductual con claras respuestas emocionales a las alucinaciones.

Considerando la importancia clínica de este síntoma, era importante averiguar si había algo distintivo en los niños no-psicóticos con alucinaciones. Cuando se compararon estos niños con los controles con los cuales formaban par, se encontró que había muchas diferencias significativas entre los dos grupos.

Los niños que experimentaban alucinaciones tenían más tendencia a enfermarse. Sus enfermedades eran de muy diversa naturaleza y se producían cuando cambiaban de escuela, cuando se les internaba en el hospital debido a algún trastorno físico, cuando se enfermaba

alguien de su familia, y cuando había algún duelo. El *duelo* era la causa que más a menudo precipitaba la enfermedad. Esto solamente ocurría en aquellos niños que tenían alucinaciones. En algunos casos, las voces o visiones se relacionaban con la persona muerta. Por ejemplo, una niña perdió a una amiga que se ahogó en un accidente, estando ella presente. Esta niña quedó muy afectada emocionalmente después del suceso y oía persistentemente la voz de su amiga muerta.

Se han hecho muy pocas investigaciones acerca de las reacciones de duelo de los niños, pero ninguna de ellas, que nosotros sepamos, ha tratado sistemáticamente de sus alucinaciones. El trabajo de Bender⁽²⁾ podría ser una excepción. En él examinó a niños psiquiátricamente perturbados que presentaron problemas psicopatológicos después de la muerte de un padre o de un hermano. Alrededor de una cuarta parte de los niños reportaron haber experimentado alucinaciones, aunque a la mayor parte de ellos se les había diagnosticado como no-psicóticos. Este parece un porcentaje alto comparado con el 1% obtenido en nuestro estudio, aunque la falta de controles en el estudio de Bender hace que sea difícil saber qué tan excesiva es esta cifra. Rutter⁽²⁷⁾ estudió a unos niños después de un periodo de duelo. Pocos de ellos habían desarrollado una sintomatología psiquiátrica, a pesar de que la mayoría eran adolescentes con trastornos depresivos o antisociales. Un 16% de los niños perturbados por un duelo, reportaron haber experimentado preocupación por la imagen del fallecido, pero no se especificó si esta preocupación llegaba a producirles alucinaciones o no.

El indagar acerca de las alucinaciones en los niños que han sufrido un duelo, sería muy interesante desde el punto de vista clínico, a la vez que serviría para ayudarlos en su pena, pues muchos de estos niños están demasiado asustados para poder hablar de ella espontáneamente.

Otros síntomas que diferenciaron a los niños que no eran psicóticos, pero que tenían alucinaciones, de los controles con los que formaban par, fueron los síntomas depresivos (tristeza e infelicidad); una enfermedad de más corta duración (menos de 6 meses); y una historia familiar de trastornos afectivos. Esto parece indicar que la sintomatología y la predisposición afectiva, como respuesta a los acontecimientos estresantes externos, están muy relacionados con las alucinaciones.

La relación entre las alucinaciones y los *síntomas depresivos* se ha vuelto un tema de moda por el interés que hay actualmente por la depresión pre-puberal y por el uso sistemático de escalas como la de *Kiddie-Sads*. El grupo de Nueva York⁽⁵⁾ reportó alucinaciones en aproximadamente una tercera parte del grupo de niños diagnosticados con trastornos depresivos mayores. Otro grupo⁽¹⁰⁾ encontró síntomas de tipo psicótico en el 18% de la muestra de niños deprimidos, a quienes denominó "niños psicóticos y deprimidos". Sin embargo, un análisis cuidadoso en estos casos mostró que la psicosis de estos niños consistía, además de las alucinaciones, en delirios, afecto incongruente y comportamiento extraño⁽¹⁶⁾. Los autores rechazaron (según nosotros equivocadamente) el diagnóstico de esquizofrenia, debido a que para los niños es difícil distinguir

la fantasía de la realidad; por falta de síntomas primarios y de antecedentes clínicos de autismo. Nótese que los cambios muy marcados de humor son muy comunes en las psicosis de aparición tardía en los niños y en los adolescentes, y que, de cualquier forma, la relación entre las alucinaciones y los síntomas depresivos es igualmente frecuente en los niños psicóticos como en los que no son psicóticos⁽¹⁵⁾.

Por ello es importante mencionar en los diferentes diagnósticos, la relación que hay entre los cambios de humor y las alucinaciones. Pero los síntomas depresivos no son suficientes para explicar los fenómenos perceptuales, ya que la mayoría de los niños con depresión no tiene alucinaciones.

Se observó que otros de los síntomas más comunes en los niños con alucinaciones, de nuestra muestra, eran: los cambios episódicos del comportamiento, esto es, episodios repentinos y transitorios de trastornos en el comportamiento, que no se debían a los condicionantes ambientales ni a la provocación; despersonalización neurótica; otros trastornos perceptivos, como el que los objetos cambien de forma, de color o de consistencia. A pesar de que los EEGs anormales fueron más frecuentes en este grupo, esto no fue estadísticamente significativo. Las discrepancias en el comportamiento verbal de 20 puntos o más, de la prueba de inteligencia, fueron también más comunes en este grupo. Estos hallazgos parecen indicar que hay una predisposición biológico-perceptual en esos niños, lo que podría haber contribuido a la aparición de las alucinaciones, junto con la sintomatología afectiva.

Los ataques consistían en mareos repentinos, palidez o desmayos, ataques de pánico súbitos e inexplicables, o berrinches muy fuertes con posibles rasgos neurológicos. Por ejemplo, un niño de 10 años: "a veces se ponía pálido durante 10 minutos. Esto sucedía dos o tres veces por semana". Otro niño de 12 años de edad, "a veces se desvanece brevemente, se queda viendo fijo y deja de hacer lo que estaba haciendo". Una niña de 13 años de edad tenía: "ataques repentinos, con un principio y final abruptos, empezaba a gritar y salía corriendo descalza por las calles. Estos ataques son imprevisibles y duran alrededor de media hora".

Hay varias formas de interpretar estos hallazgos. Podrían ser manifestaciones psicológicas de estados emocionales muy intensos, con desvanecimiento auto-inducido de la realidad, como en los estados histéricos; podrían ser simplemente manifestaciones de una enfermedad depresiva; o podrían ser indicadores de una disfunción cerebral subclínica y estar relacionados con ciertos estilos de las funciones perceptivo-cognitivas. El poder esclarecer estas dudas será de gran valor, particularmente en vista del interés que se tiene actualmente por los estados depresivos de la niñez, lo que hará que este tipo de alucinaciones se conviertan nuevamente en un tópico de interés.

Sin embargo, independientemente de lo interesantes que puedan ser estas especulaciones, un tema de importancia clínica sería el de las *implicaciones pronósticas* del síntoma. ¿Las alucinaciones indican que esos niños tienen un mayor riesgo de padecer psicosis de grandes? Y en vista de los hallazgos antes mencionados, ¿estarán

en riesgo de sufrir más enfermedades depresivas o trastornos orgánicos cerebrales?

Los resultados de nuestro estudio de seguimiento de los 20 niños que no eran psicóticos pero que tenían alucinaciones, y de los 20 controles que formaban el par con aquellos (el seguimiento fue de 7 a 26 años, con un promedio de 17 años), mostraron que no era así. Solamente uno de los sujetos que experimentaba alucinaciones de niño, se volvió psicótico y recibió el diagnóstico de esquizofrenia, tenía un comportamiento muy trastornado y padecía alucinaciones continuamente. Pero también uno de los controles se había vuelto psicótico (de una enfermedad maniaco-depresiva). Ambos individuos murieron durante el curso de la enfermedad.

Otros dos sujetos de cada grupo, al llegar a adultos, padecieron continuamente de enfermedades psiquiátricas, por lo que tuvieron que ser hospitalizados varias veces. Sus padecimientos podrían catalogarse como trastornos de la personalidad con cambios de humor asociados. Es muy interesante el hecho de que solamente los individuos que sufrían originalmente de alucinaciones continuaran teniendo síntomas perceptivos como características clínicas durante el seguimiento.

Otros individuos tuvieron que someterse a un tratamiento psiquiátrico en su edad adulta. Dos de los que originalmente habían tenido alucinaciones y uno de los controles, tuvieron después trastornos depresivos, y un individuo de cada grupo tuvo neurosis obsesiva. Dos terceras partes de los sujetos no buscaron ni requirieron tratamiento psiquiátrico, aunque solamente la mitad de ellos había estado libre de sintomatología psiquiátrica (por ejemplo, con síntomas de angustia y depresión). Fue reconfortante saber que la prognosis para los niños con alucinaciones no era particularmente mala y que no tendieron a sufrir de psicosis al principio de su edad adulta. Sin embargo, fue interesante comprobar que los síntomas perceptivos fueron más comunes en los individuos que originalmente tuvieron alucinaciones que en los controles. Estos eran: alucinaciones, despersonalización, *dejá-vu*, y, a un nivel estadísticamente significativo, trastornos episódicos del comportamiento.

Las alucinaciones complejas solamente ocurrieron en menos de la mitad del grupo que originalmente había tenido alucinaciones, y solamente en una persona del grupo control, quien, como supimos más tarde, ya había tenido alucinaciones en la adolescencia, pero entonces no se lo había dicho a nadie porque las voces que oía le habían dicho que no lo contara.

Un ejemplo de seguimiento de las alucinaciones podría ser el de un sujeto que no necesitó ninguna ayuda psiquiátrica posteriormente, aunque ocasionalmente oía una voz muy clara, que no era ni de hombre ni de mujer, mientras caminaba o hacía algo. La voz lo llamaba por su nombre y le decía "¿a donde vas?" o algo parecido. Oía la voz fuera de su cabeza aproximadamente una vez cada seis meses.

El que los episodios alucinatorios continúen a través de los años, sugiere que algunos de los sujetos que de niños tuvieron alucinaciones, pueden haber tenido una predisposición a alucinar. Algunas personas tuvieron

alucinaciones bajo condiciones experimentales específicas, por ejemplo: en condiciones de privación sensorial, mientras que otras no⁽²⁸⁾. Esto se considera como un factor constitucional que indica que hay una predisposición, lo que podría haber estado operando en estos individuos.

Para poder comprender mejor esta predisposición vamos a considerar otros síntomas cuyo desarrollo se ha seguido observando en los individuos que originalmente habían tenido alucinaciones. Los síntomas de despersonalización/desrealización neurótica y, en particular, los de *dejá-vu*, fueron más comunes en ellos, pero en la mayoría de los casos estos fueron experimentados sólo ocasionalmente y no preocuparon mucho a los sujetos. Respecto a los trastornos episódicos de comportamiento, estos se observaron en tres cuartas partes del grupo de sujetos que originalmente había tenido alucinaciones. Estos episodios eran de muy distinta naturaleza. Había ocasiones en las que una manera de comportarse, aunque hubiera ocurrido recientemente, se olvidaba por completo: a veces se trataba de estados de ánimo álgidos, de cambios en el estado de conciencia, de episodios de mareo o desmayo y de crisis hísticas.

A pesar de que era difícil descubrir un fenómeno básico único, parecía común que se presentara un estado de conciencia disminuida, experimentado durante breves periodos: las características de los episodios no permitían establecer un diagnóstico orgánico de trastorno cerebral, y no tenían un significado clínico obvio. Sin embargo, una tercera parte de los individuos ya había sido examinada (generalmente por medio de un EEG, aunque a uno de los casos se le practicó una punción lumbar), y otra tercera parte ya había consultado con su médico de cabecera, quien no había hecho ninguna investigación. Como ejemplo, tenemos el caso de un individuo que relató que sin sentir ira ni haber sido provocado, había atacado violentamente a la gente. Su esposa había observado que una o dos veces al mes se veía como si "estuviera en la luna" y durante estos episodios perdía la memoria. Además, había ocasiones en las que, de repente y durante diez o quince minutos, tenía la sensación de no saber quien era, y se preguntaba "¿quien soy yo?", "¿qué estoy haciendo aquí?". Sin embargo, generalmente encontraba la manera de volver en sí.

Esos trastornos episódicos de comportamiento, como sus contrapartes de la niñez, se manifestaban de distinta manera y sus implicaciones clínicas eran inciertas. Pero su existencia se justificó por el hallazgo de que los adultos que tuvieron esos cambios aparentes en sus niveles de conciencia, también habían tenido trastornos episódicos de comportamiento en su niñez, como ya se describió.

¿Qué podemos concluir de todo esto? Desde el punto de vista biológico, se ha propuesto la hipótesis de que durante las alucinaciones hay una desconexión funcional entre las áreas de asociación de la mente y las áreas sensoriales primarias.

Las áreas de asociación serían inhibidas selectivamente, por lo tanto no podrían controlar las áreas primarias y éstas desencadenarían las alucinaciones en estado consciente^(23, 28) Tomando en cuenta los ex-

perimentos que se han hecho sobre privación sensorial, West⁽³⁰⁾ relacionó las alucinaciones con los niveles de algidez y de atención, por un lado, y por el otro, con la cantidad de aferencias sensoriales que impactan al sujeto. Los niños con alucinaciones de nuestra muestra parecían tender persistentemente a experimentar episodios de comportamiento con niveles disminuidos de conciencia. Al mismo tiempo experimentaron en su niñez trastornos psiquiátricos y cambios de humor con depresión, lo cual se puede relacionar con la introver-

sión. Es posible que ambos fenómenos: depresión y conciencia disminuída, se hayan combinado en diferentes grados en distintos niños, para desviar su atención de las experiencias externas a las internas, disminuyendo la efectividad de sus aferencias sensoriales externas, aumentando su conciencia hacia las experiencias internas y desencadenando alucinaciones en la conciencia por medio de mecanismos biológicos, según la hipótesis que sostenemos aquí.

REFERENCIAS

1. AGREN H, TERENIUS L: Hallucinations in patients with major depression: Interactions between CSF monoaminergic and endorphinergic indices. *Journal of Affective Disorders*, 9: 25-34, 1985.
2. BENDER L: *A Dynamic Psychopathology of Childhood*. Thomas, Springfield, Illinois, 1954.
3. BENDER L: The maturation process and hallucinations in children. En: *Origins and Mechanisms of Hallucinations*. Keup, W (ed) Plenum Press, Nueva York, 1970.
4. BLEULER E: *Textbook of Psychiatry*. Dover Publications Inc. Authorised English version by A A Brill 1951.
5. CHAMBERS W J, PUIG-ANTICH J, TABRIZI M A, DAVIES M: Psychotic symptoms in prepubertal major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 39: 921-927, 1982.
6. DESPERT L: Delusional and hallucinatory experiences in children *Am J Psychiatry*, 104: 528-537, 1948.
7. EDGELL H G, KOLVIN I: Childhood hallucinations. *J Child Psychol Psychiatry*, 13: 279-287, 1972.
8. EGGERS C: *Verlaufsweisen Kindlicher and Praepuberaler Schizophrenien*. Springer Verlag, Berlín, 1973.
9. EISENBERG L: Hallucinations in Children. Capítulo 10 en: *Hallucinations* West, L J. (ed) Grune and Stratton, Nueva York y Londres 1962.
10. EY H: *Traite des Hallucinations*. Masson et. C. ie Paris, 1973.
11. FREEMAN L N, POZNANSKI M D, GROSSMAN J A, BUCHSBAUM Y Y, BANEGAS M E: Psychotic and depressed children: A new entity. *J Am Acad Child Psychiatry*, 24: 95-102, 1985.
12. FURER N, HOROWITZ TEC L, TOOLAN J: Internalised objects in children. *Am J Orthopsychiatry*, 27: 88-95, 1957.
13. GARRALDA M E: Hallucinations in children with conduct and emotional disorders. I. The clinical phenomena. *Psychol Med*, 14: 589-596, 1984a.
14. GARRALDA M E: Hallucinations in children with conduct and emotional disorders. II. The follow up study. *Psychol Med*, 14: 597-604, 1984b.
15. GARRALDA M E: Psychotic children with hallucinations. *Br J Psychiatry*, 145: 74-77, 1984c.
16. GARRALDA M E: Characteristics of the psychoses of late onset in children and adolescents. (A comparative study of hallucinating children). *Journal of Adolescence*, 8: 195-207, 1985.
17. GRIEVE R, WILLIAMSON K: Aspects of auditory and visual attention to narrative material in normal and mentally handicapped children. *J Child Psychol Psychiatry*, 18: 251-262, 1977.
18. HARE E H: A short note on pseudo-hallucinations. *Br J Psychiatry*, 122: 469-476, 1973.
19. JUNGINGER J, FRAME C L: Self-report of the frequency and phenomenology of verbal hallucinations. *J Nerv Ment Dis*, 173: 149-155, 1985.
20. KEUP W: *Origins and Mechanisms of Hallucinations*. Plenum Press Inc. Nueva York, 1970.
21. KOLVIN I, OUNSTED C, HUMPHREY M, McNAY A: Studies in the childhood psychoses: II: The phenomenology of childhood psychoses. *Br J Psychiatry*, 118: 385-395, 1971.
22. LUKIANOWICZ N: Hallucinations in non-psychotic children. *Psychiatria Clinica*, 2: 321-337, 1969.
23. MARRAZZI A S: A neuropharmacologically based concept of hallucination and its clinical application. En: Keup, W (ed) *Origin and Mechanisms of Hallucinations*. Plenum Press, Nueva York, 1970.
24. MAUDSLEY H: *The Physiology and Pathology of the Mind*. McMillan & Co. Londres 1867.
25. MOREAU de Tours: Des hallucinations chez les enfants. *L'Encephale*, Marzo-abril, 1888.
26. PIAGET J: *The Child and Reality*. F. Muller, Londres, 1974.
27. RUTTER M: Children of Sick Parents—An Environmental and Psychiatric Study. *Institute of Psychiatry Maudsley Monograph* No. 16 Londres. Oxford University Press, 1966.
28. SLADE P D: Hallucinations. *Psychol Med*, 6: 7-13, 1976.
29. WALK R D: Perception. En: *Scientific Foundations of Developmental Psychiatry*. Rutter, M (ed) Heinemann, Londres, 1980.
30. WEST L J: *Hallucinations* Grune and Stratton, Nueva York y Londres, 1962.
31. WIECK C: *Schizophrenie im Kindesalter*. S Hirzel Verlag, Leipzig, 1965.
32. WILKING V N, PAOLI C: The hallucinatory experience: Psychodynamic classification and diagnostic significance. *J Am Acad Child Psychiatry*, 5: 431-440, 1966.