

# Las alucinaciones en los niños: de la percepción a la representación

Paloma Ortiz\*,  
Margarita Alcamí\*\*,  
Sara Terán\*\*\*

\*Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Retiro. Programa Infanto-Juvenil. Madrid.

\*\*Psiquiatra. Servicio de Paidopsiquiatría. Hospital Universitario "La Paz". Madrid.

\*\*\*Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Arganda. Programa Infanto-Juvenil. Madrid.

Voces,  
Lucía Martín, 2012



*Hemos dejado de ser niños cuando hemos dejado de confundir la ficción con la verdad, y hemos dejado de ser adolescentes cuando hemos dejado de confundirla con la mentira.*  
(Un amigo americano. Estética de lo peor. Jose Luis Pardo.)

Las alucinaciones auditivas en el adulto se han considerado tradicionalmente una incuestionable señal de la presencia de un trastorno psicótico. Sin embargo, en las últimas décadas han surgido movimientos que reivindican la posibilidad de que las alucinaciones auditivas no sean sinónimo de enfermedad mental y cuestionan el empeño de los psiquiatras en suprimirlas a toda costa, mediante tratamientos psicofarmacológicos. Para algunos autores "el problema no estriba tanto en la presencia de las voces, sino en la incapacidad de afrontar su presencia<sup>1</sup>". Por otro lado, se viene planteando que

las alucinaciones auditivas pueden tener, en ocasiones, un carácter no psicótico, siendo desencadenadas por una situación de estrés o traumática que la persona no puede afrontar. A pesar de estos nuevos enfoques, lo cierto es que actualmente, en la práctica clínica, es difícil que un adulto se libere de la sospecha de una enfermedad mental grave si manifiesta oír voces.

En el ámbito de la salud mental infanto-juvenil, las alucinaciones auditivas se han venido considerando menos significativas, al menos desde el punto de vista diagnóstico, y se acepta que pue-

den producirlas diversos problemas de salud mental, no necesariamente graves. Se han descrito alucinaciones auditivas en niños y adolescentes con trastornos de conducta, dificultades adaptativas, situaciones de duelo, síndromes afectivos y ansiedad<sup>2</sup>. Incluso se admite que pueden aparecer en ausencia de psicopatología<sup>3,4</sup>. De hecho, cualquier profesional de la salud mental que establezca un contacto afectivo con los niños, más allá de un mero interrogatorio, no pondrá en duda las palabras de Winnicott cuando afirmaba que "...cualquiera que esté en contacto con niños pequeños sabe que los niños que alucinan espontáneamente no están por fuerza enfermos"<sup>5</sup>. Esto se ha corroborado en estudios de base poblacional, que han encontrado que un 8% de los niños experimentan ocasionalmente fenómenos alucinatorios. Sin embargo, solo en 1 de cada 3 se encontró un diagnóstico psiquiátrico<sup>6</sup>.

En resumen pues, y en contraste con lo que ocurre en los adultos, podemos afirmar que, en la infancia, las alucinaciones pueden darse en un niño con un desarrollo normal, sin que haya transición a un cuadro clínico<sup>3</sup> o asociarse a patología no psicótica, adversidad social o enfermedad física<sup>7</sup>.

Si las alucinaciones pueden tener en los niños una presentación frecuente, cabría preguntarse por qué en la clínica su detección no es tan común. Se ha señalado que, en la mayoría de los niños que oyen voces, esto no conlleva un sufrimiento importante ni una interferencia sustancial con el pensamiento<sup>3,8</sup>. Quizás este hecho explicaría por qué las alucinaciones son un fenómeno in-

franotificado tanto en poblaciones clínicas como no clínicas: los niños no hablan a los adultos de sus voces<sup>4</sup>. A ello se puede sumar, por una parte, las dificultades que conlleva la exploración psiquiátrica del niño, y también, que los profesionales que trabajamos en salud mental infanto-juvenil no estamos sensibilizados a detectarlas.

Para aproximarse comprensivamente al complejo fenómeno de las alucinaciones en los niños, consideramos que es un error partir tanto desde un enfoque exclusivamente fenomenológico, como desde la psiquiatría del adulto, puesto que ninguno de estos toma en cuenta el desarrollo del niño.

Hay que tener en cuenta que la nosografía psiquiátrica infantil está escasamente desarrollada y precisamente las limitaciones en su desarrollo se relacionan con la dependencia de la nosografía del adulto y el escaso interés en la investigación clínica en niños. De hecho, una gran parte de la bibliografía sobre los síntomas psicóticos en niños y adolescentes corresponde a un interés por la elaboración de hipótesis explicativas sobre la enfermedad psicótica del adulto (teoría del neurodesarrollo en la esquizofrenia por ejemplo)<sup>9</sup> o tiene el objetivo de valorar signos y síntomas prodrómicos de trastornos psiquiátricos graves del adulto<sup>10</sup>. Pareciera que las patologías psiquiátricas graves de la niñez y adolescencia no pudieran en sí mismas constituir trastornos diferenciados y específicos. Los trastornos graves en los niños pierden así el derecho a ser merecedores de un estudio específico, cerrándose una puerta de entrada para la comprensión del desarrollo de la psicosis en la niñez.

Las alucinaciones pueden darse en un niño con un desarrollo normal, sin que haya transición a un cuadro clínico<sup>3</sup> o asociarse a patología no psicótica, adversidad social o enfermedad física.

Por otra parte, es esencial tener presente que la psicopatología infantil tiene una característica fundamental, que la diferencia de la psicopatología del adulto: es expresión de un psiquismo en estructuración, abierto a la potencialidad y al cambio<sup>11</sup>.

Las clasificaciones al uso, DSM-IV-TR<sup>12</sup>, CIE-10<sup>13</sup> no sirven para diagnosticar complejos sintomáticos que habitualmente encontramos en la práctica clínica infantil y ni siquiera consideran las alucinaciones no psicóticas de los niños<sup>7</sup>. Este tema está de actualidad porque se ha propuesto la inclusión en el DSM-V de "síntomas psicóticos atenuados", que no cumplen criterios de trastorno psicótico. De ser así, dada la dificultad para definir los síntomas psicóticos en la infancia y su significación patológica, se corre el riesgo de establecer umbrales más bajos para el diagnóstico y de incluir muchas variantes normales bajo la rúbrica de enfermedad mental. A esto se añade el peligro de una disminución del umbral para la prescripción de fármacos antipsicóticos<sup>14</sup>.

Por fortuna, recientemente se están levantando muchas voces en contra del exclusivismo biológico y su afán clasificatorio<sup>15</sup>. La trascendencia que tiene el diagnóstico psiquiátrico en la infancia (o en el peor de los casos, la adjudicación de etiquetas psiquiátricas) es innegable, ya que puede determinar comportamientos en el entorno estigmatizantes e influir en el propio desarrollo del niño. El biologicismo imperante utilizado como un canon supone un peligro ya que el paso de lo orientativo a lo normativo, se convierte

rápidamente en prescriptivo para finalmente abocar en coercitivo<sup>16</sup>.

Si se trata de "encajar" el diagnóstico en las clasificaciones al uso y no se está familiarizado con la existencia de fenómenos alucinatorios no psicóticos en los niños, los diagnósticos erróneos serán la norma. Son fenómenos que pueden crear angustia tanto al niño como a los padres y su reacción emocional al síntoma también puede influir en la evaluación psiquiátrica, a no ser que se evalúen cuidadosamente todos los aspectos. Es obligada una evaluación comprensiva y global del niño o adolescente, que además de la exploración psicopatológica, considere la valoración del desarrollo cognitivo y afectivo (incluyendo la regulación conductual) y la valoración del entorno socio-familiar. Asimismo, la no consideración de las influencias culturales en la presentación de los síntomas (etnicidad, creencias religiosas, diferencias entre medios rurales y urbanos), pueden conducir a errores en la filiación de las alucinaciones auditivas<sup>2</sup>.

### La percepción y el pensamiento en el desarrollo

Antes de intentar respondernos a los interrogantes sobre los fenómenos alucinatorios en los niños y adolescentes, debemos recordar cómo percibe e integra las percepciones el cerebro infantil y cómo las sensaciones y percepciones se constituyen en representaciones mentales.

Dependiente como nunca, el recién nacido requiere de la atención constante y el cuidado de otro ser humano para poder sobrevivir. Al nacer, el niño no se

El biologicismo imperante utilizado como un canon supone un peligro ya que el paso de lo orientativo a lo normativo, se convierte rápidamente en prescriptivo para finalmente abocar en coercitivo.

encuentra preparado para hacer frente a la multiplicidad de estímulos sensoriales que el mundo le ofrece. El pequeño se enfrenta a tormentosas reacciones afectomotrices de cólera (algunas con un origen externo y otras internas marcadas por su propio funcionamiento corporal) que, si no son aliviadas por los servicios maternos, le mantienen en un estado de intenso malestar, fenomenológicamente muy similar a las reacciones de pánico de la vida posterior<sup>17</sup>. El niño debe ser orientado a una conciencia sensorial cada vez mayor de su ambiente y a establecer contacto con éste. El paso de una conciencia predominantemente propioceptiva a una conciencia predominantemente sensorial del mundo exterior se realiza en virtud del intercambio afectivo con la madre. La madre es la barrera protectora que da respuesta a las necesidades y se adecúa a las capacidades de su bebé. Le va presentando los estímulos del mundo exterior, siempre en función de la capacidad del bebé para tolerarlo. El desarrollo cerebral se apoya en patrones de experiencias sensoriales mediadas por el cuidador principal, que se convertirán en percepciones y después en representaciones.

El conocimiento del desarrollo nos muestra cómo la percepción alucinatoria se inscribe en el proceso de la constitución del psiquismo. La diferenciación entre el mundo externo e interno y la adquisición de la capacidad de simbolización son los hitos fundamentales que el niño alcanza gracias a un correcto desarrollo cognitivo y afectivo.

Bettelheim nos recuerda que, antes de que el niño pueda llegar a captar la rea-

lidad, es necesario que disponga de un marco de referencia para valorarla. "En el niño pequeño, la realidad se considera en función de sus deseos y necesidades. Cuando pregunta si una historia es verdad, quiere saber si esta narración tiene algo significativo que decirle con respecto a sus mayores preocupaciones. La "verdad" de los cuentos de hadas es la verdad de su imaginación, no de la causalidad normal"<sup>18</sup>.

El niño deberá seguir un largo proceso desde la percepción del objeto a la construcción mental de dicho objeto.

La construcción del objeto perceptivo se remonta a la infancia temprana, al periodo sensoriomotor. Piaget describe una primera fase adualística en la que el niño no se interesa por un objeto más que en función de su deseo inmediato. No puede, pues, distinguir los objetos del mundo exterior de los objetos interiores de su psiquismo. En la siguiente etapa (fase de permanencia parcial del objeto), el objeto se distingue del deseo inmediato del niño. La coordinación oculo-manual (5º mes) le permite una percepción distinta del objeto (tiene ya unos límites concretos y le provoca una sensación diferente a tocarse a sí mismo) que le ayuda a diferenciarse. Pero el objeto no puede aún ser representado en su mente, sólo existe y lo busca si está en los límites de su campo perceptivo. En una tercera etapa (fase de permanencia del objeto) el niño es capaz de ir combinando varios esquemas sensoriomotores entre ellos, lo que le acabará permitiendo que la representación del objeto esté en su cabeza, aunque no esté ante su vista. Este es un complejo y largo proceso que comienza

El niño deberá seguir un largo proceso desde la percepción del objeto a la construcción mental de dicho objeto.

hacia los 8-9 meses, y no termina al final del período sensoriomotor.

Posteriormente, en el periodo preoperatorio (a partir de los 20 meses), gracias a la interiorización, podrá separarse de la percepción inmediata y diferir la acción para "pensar". La representación mental da acceso a la función simbólica o a lo que Piaget llama "la función semiótica" que señala un cambio fundamental en la organización intelectual del niño. A partir de aquí, la inteligencia ya no es sólo empírica, sino que evoluciona progresivamente hacia la interiorización, la posibilidad de abstracción y de generalización<sup>19</sup>.

En los periodos preoperatorio y operatorio irá surgiendo la capacidad de un pensamiento estructurado y lógico, llegando a la reversibilidad y a la deducción. Y, por último en el estadio de las operaciones formales (a partir de los 12 años), se alcanzará la capacidad para el razonamiento abstracto<sup>20</sup>.

En resumen, el complejo desarrollo que transforma la percepción sensorial en objetos y éstos en representaciones mentales debe continuar hasta conseguir que el pensamiento adquiera una dimensión simbólica, que permite, entre otras cosas, la adquisición de la capacidad reflexiva sobre los estados mentales propios y ajenos, y previene sobre la confusión de la realidad con el mundo imaginario. Los resultados de algunos estudios sugieren que las capacidades cognitivas asociadas con la capacidad de mentalización pueden jugar un papel mitigador en las fases tempranas de la formación de síntomas psicóticos<sup>21</sup>.

El desarrollo cognitivo tiene su correlato en el desarrollo afectivo del niño. La capacidad de simbolización y el concepto de mentalización o función reflexiva, se relacionan con conceptos del psicoanálisis como posición depresiva de Klein<sup>22</sup>, función alpha de Bion<sup>23</sup> y preocupación materna primaria de Winnicott<sup>24</sup>. Dichos conceptos tienen que ver con la mentalización, ya que aluden a una actividad mental orientada a la comprensión del otro.

La respuesta reflejante materna, que ha de ser concordante y congruente con el sentimiento vivenciado y expresado por el niño, provee los inicios de un sistema simbólico para el bebé. El niño va adquiriendo una comprensión de sus propios estados internos, a la vez que comienza a poder regularlos. Si el cuidador no cumple esta función reguladora/mentalizadora de modo adecuado, el niño experimentará diversas perturbaciones, como la vivencia ulterior de que sus sentimientos son confusos y difíciles de regular. En los casos más graves, aparecerán más tarde dificultades para diferenciar la fantasía de la realidad, y la realidad psíquica de la física<sup>25</sup>.

La mayoría de los autores psicoanalíticos (Klein<sup>26</sup>, Segal<sup>27</sup>, Winnicott<sup>24</sup>, Bion<sup>23</sup>) coinciden en que, para que pueda haber función simbólica, es necesario que haya separación. Se simboliza la ausencia, la pérdida, el duelo.

Melanie Klein aporta claves para una visión comprensiva de los fenómenos alucinatorios, inscribiéndolos dentro del desarrollo<sup>28</sup>. En los estadios precoces, el refugio en la gratificación alucinatoria permite al niño suprimir la frus-

tración y la ansiedad de diversos orígenes, recuperando “el pecho externo” perdido. Pero, tarde o temprano, la sensación de hambre vuelve al bebé al mundo externo y entonces la frustración es nuevamente vivenciada. La negación en su forma extrema (tal como ocurre en la gratificación alucinatoria) lleva hasta el aniquilamiento de cualquier objeto o situación frustrantes y está ligada al fuerte sentimiento de omnipotencia que prevalece en los primeros estadios de la vida. Además de en las alucinaciones de realización de deseos, el Yo primitivo también emplea este mecanismo de aniquilamiento de un aspecto escindido en otros estados. Por ejemplo, en alucinaciones de persecución, el aspecto aterrador del objeto parece prevalecer hasta el punto que el aspecto bueno es sentido como si hubiera sido totalmente destruido.

Los factores externos desempeñan un papel vital desde el principio. Klein afirma que “...tenemos razones para suponer que todo lo que estimula el temor a la persecución refuerza los mecanismos esquizoides, es decir, la tendencia del yo a escindirse a sí mismo y al objeto, mientras que toda experiencia positiva fortalece la confianza en el objeto bueno y contribuye a la integración del yo y a la síntesis del objeto”<sup>22</sup> (que se correspondería con la posición depresiva).

La separación, la diferenciación, la integración, el desarrollo de la función simbólica, marcan un hito del desarrollo que nos aleja del refugio alucinatorio. Para algunos autores, esto tendría su correlato en la filogenia, al hipotetizar que el hombre primitivo recurría a la

alucinación como una manera de acceder a su mundo interno antes de que se accediera a la subjetividad<sup>29</sup> y, por tanto, a la discriminación entre pensamiento y lenguaje que permite el diálogo interior.

Hay que recordar que Klein<sup>22</sup> habla de posición y no de fase porque podemos perderla y recuperarla repetidamente a lo largo de nuestra vida, y desde este punto de vista podríamos explicar como determinados factores externos pueden desencadenar fenómenos sensorio-perceptivos, al propiciar estados regresivos a los que, sin duda, los niños serían más proclives. En este sentido, se ha comprobado como diversos acontecimientos traumáticos en la infancia (maltrato, acoso escolar...) que generan altos niveles de ansiedad se asocian con sintomatología alucinatoria<sup>30,31</sup>.

### Los fenómenos alucinatorios en los niños

En los niños hay que distinguir las alucinaciones de los fenómenos relacionados con el sueño, mucho más frecuentes, y de otros fenómenos del desarrollo: imágenes eidéticas, imaginación vívida, producciones de la fantasía y amigos imaginarios que sirven para aliviar la soledad y manejar diferentes temores<sup>2,32,33</sup>. También hay que distinguir las alucinaciones de las ideas o pensamientos obsesivos<sup>34</sup>. La posibilidad de consumo de sustancias y/o fármacos (esteroides, anticolinérgicos, metilfenidato), así como ciertas enfermedades físicas, deben ser tenidas en cuenta.

Desde el punto de vista clínico las imágenes eidéticas o los amigos imagina-

La separación, la diferenciación, la integración, el desarrollo de la función simbólica, marcan un hito del desarrollo que nos aleja del refugio alucinatorio.

rios no se consideran fenómenos auténticamente alucinatorios. Otros fenómenos alucinatorios como oír pasos, el propio nombre, golpear la puerta...se categorizan dentro de las alucinaciones auditivas no diagnósticas, por su poca relevancia psicopatológica. Las alucinaciones auditivas diagnósticas incluyen experiencias de oír una o más voces que digan al menos una palabra diferente que el propio nombre<sup>7</sup>.

Como hemos apuntado, los niños tienen normalmente intrusiones de la fantasía en su vida mental, sobre todo en los estadios prelógicos del desarrollo cognitivo. Además la inmadurez hace a los niños más vulnerables a los efectos del entorno y más susceptibles a los estresores ambientales y a las distorsiones cognitivas. Por otro lado, la inmadurez cognitiva del niño y su tendencia al pensamiento ilógico pueden hacer que estos describan erróneamente sus pensamientos como voces<sup>2</sup>. Por todo ello, es difícil determinar que estamos ante un niño que tiene alucinaciones. En algunas ocasiones calificar ciertas intrusiones como patológicas parece ser una cuestión de grado. Uno de los problemas del clínico es pues distinguir verdaderos fenómenos psicóticos de pensamientos idiosincrásicos no psicóticos, de percepciones causadas por retrasos en el desarrollo, de la exposición a eventos traumáticos o de una imaginación demasiado activa y vívida.

Durante la observación del niño, la presencia de alucinaciones se puede inferir por su reacción hacia éstas. Las conductas asociadas a las alucinaciones pueden ayudar a la distinción entre alucinaciones psicóticas y no psicóticas. Los

cuadros psicóticos agudos producen generalmente un sentimiento de excitación y pérdida de control (lo que conlleva un humor disfórico-irritable), y desorganización de la integridad de la conciencia, que se traduce por confusión y actitud perpleja y/o por una conducta acorde a esa desorganización. La conducta motora es variable, frecuentemente agitada. Además, los niños y adolescentes con trastornos psicóticos tienen asociados trastornos del lenguaje, humor incogruente, conductas bizarras, creencias delirantes y asilamiento social<sup>2</sup>.

Las alucinaciones que apuntan a un trastorno mental grave son experiencias alucinatorias numerosas, que se presentan de forma persistente, con pérdida del juicio de realidad, con resistencia a comunicarlas (sobre todo en niños más mayores) y que forman parte de una agrupación sindrómica. En sí mismo, el contenido de las alucinaciones no es necesariamente útil para determinar el carácter psicótico o no de las mismas<sup>2</sup>.

La edad afecta a la apariencia y contenido de las alucinaciones. En niños preescolares, cuando aparecen, generalmente tienden a ser breves y suelen estar en relación con situaciones de estrés y ansiedad<sup>35</sup>. Con frecuencia son visuales y táctiles. En los niños más mayores, las alucinaciones pueden ocurrir también en ausencia de otros signos de psicosis, pero, a diferencia de los niños más pequeños, las alucinaciones en niños en edad escolar son más estables y es más común que se asocien a trastornos graves<sup>36,37,38,39</sup>.

Las alucinaciones que apuntan a un trastorno mental grave son experiencias alucinatorias numerosas, que se presentan de forma persistente, con pérdida del juicio de realidad, con resistencia a comunicarlas.

Se han intentado dar muchas explicaciones a las alucinaciones auditivas no psicóticas. Sin embargo, el fenómeno subyacente y la etiología siguen siendo poco claras. Algunos autores han sugerido que las alucinaciones no psicóticas son fenómenos disociativos y se han identificado como precipitantes estresores agudos tanto personales como familiares (cambios de colegio, ingresos hospitalarios, separaciones de los padres, muerte de familiares...), o crónicos (violencia familiar, etc.), enfatizándose la importancia de los factores psicosociales subyacentes<sup>2</sup>.

Estudios de seguimiento en niños con alucinaciones auditivas señalan altas tasas de discontinuación de las voces. Parece que la persistencia de las voces está asociada a: frecuencia y severidad de las alucinaciones, asociación a ansiedad y depresión, ausencia de claros desencadenantes, alteraciones cognitivas y haber comunicado a más gente del entorno del niño el padecimiento de las voces<sup>6,8</sup>.

Los estudios arrojan resultados contradictorios respecto a que las alucinaciones en la infancia aumenten el riesgo de desarrollar un trastorno psicótico en la vida adulta. No obstante, se admite que en cualquier caso dicho riesgo sería bajo<sup>6,7</sup>.

### *Conclusión*

En síntesis, tal y como reflejan diversos estudios, utilizando los criterios descriptivos adoptados por las clasificaciones internacionales, síntomas similares pueden hallarse en distintas constelaciones psicopatológicas y ser la expresi-

ón de organizaciones estructurales subyacentes radicalmente distintas. Consideramos por tanto imprescindible, valorar los síntomas alucinatorios en la infancia desde una perspectiva global que tenga en cuenta el proceso de desarrollo tanto en su aspecto afectivo como cognitivo.

El niño, en su desarrollo, debe hacerse progresivamente capaz de interpretar adecuadamente la realidad que le rodea. Este encuentro con el mundo está mediatizado por los cuidados proporcionados por los cuidadores principales. En estadios precoces, el niño parece hacer frente a las frustraciones con gratificaciones alucinatorias, mientras que, en estadios más avanzados (una vez establecida la diferenciación entre mundo externo e interno), es capaz de recurrir a la imaginación. El juego imaginativo, el mundo de la fantasía, se convierte entonces en un lugar donde todo es posible. En el desarrollo que transcurre con normalidad, el mundo real y el imaginado no se confunden, de ahí la capacidad de "resolver simbólicamente" los conflictos. Defenderíamos entonces la idea de que el niño que juega, no delira y, el que imagina, no alucina.

Pero sabemos que el niño, con mayor facilidad que el adulto, puede tener alucinaciones si se ve sometido a situaciones de alto nivel de estrés. Probablemente el niño pueda perder sus recientes logros cognitivos más avanzados y funcionar, de forma transitoria, como si estuviera en un estadio anterior; un nivel en el que las percepciones pasadas pueden concebirse como actuales, en el que la diferenciación entre mundo



interno y externo se hace difícil. Una vez que la ansiedad disminuye, el niño recupera el nivel de funcionamiento más avanzado que había alcanzado y la vivencia alucinatoria es integrada, desapareciendo. Ello explicaría las altas tasas de discontinuación de las voces que muestran los estudios en población infantil.

En situaciones de estrés extremo y mantenido (por ejemplo en situaciones de maltrato y abuso), que suponen una violación de la integridad del niño e impiden un desarrollo emocional adecuado, las alucinaciones, además de otra sintomatología, pueden llegar a ser un elemento persistente.

Pensamos que sólo desde una comprensión holística podremos hacer un adecuado acercamiento terapéutico.

En los niños más pequeños sólo ocasionalmente algunos elementos de su relato, y sobre todo algunas de sus reacciones comportamentales, nos harán sospechar la presencia de alucinaciones.

A lo largo de este artículo, resaltamos la dificultad para evidenciar y explorar los síntomas alucinatorios en los niños. En los niños más pequeños sólo ocasionalmente algunos elementos de su relato, y sobre todo algunas de sus reacciones comportamentales, nos harán sospechar la presencia de alucinaciones. Probablemente sólo cuando éstas le asusten, cuando el niño sienta que pierde el control sobre ellas, podrá comunicárnoslas. Los niños prepúberes y adolescentes, en los que ya están presentes mayores recursos cognitivos, parecieran más capaces de comunicarnos sus alucinaciones. Pensamos que las posibilidades de "toma de conciencia" por parte del niño sobre la sintomatología alucinatoria van a ir en relación con la etapa de desarrollo cognitivo alcanzada. Probablemente, el niño no tendría conciencia de que está alucinando hasta que no se alcanzan las últimas fases del período operatorio, con un pensamiento estructurado y lógico o los esta-

dios de las operaciones formales y el razonamiento abstracto.

En conclusión, pensamos que tanto en adultos como en niños es difícil "dar sentido" a los síntomas psiquiátricos. Por otra parte, las similitudes sintomáticas no deben hacernos pasar por alto las diferencias de organización psicopatológica y estructural subyacente, a la que no podremos aproximarnos si nos contentamos con un diagnóstico basado en criterios meramente descriptivos. Pensamos que sólo desde una comprensión holística podremos hacer un adecuado acercamiento terapéutico.

## Bibliografía

1. Romme M, Escher S. Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos; 2005.
2. Perera H, Attygalle U, Jeewandara C, Jayawardena V. Non-psychotic auditory hallucinations in children and adolescents. *SL J Psychiatry* 2011;2(1):9-12.
3. Bartels-Velthuis AA, Jenner J, van de Willige G, van Os J, Wiersma D. Prevalence and correlates of auditory vocal hallucinations in middle childhood. *Br J Psychiatry* 2010;196:41-6.
4. Schreier H. Hallucinations in Nonpsychotic Children: More Common Than We Think?. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(5):623-25.
5. Winnicott D. Alucinación y desalucinación (1957). En: *Exploraciones Psicoanalíticas* 1. Buenos Aires: Paidós;1992.
6. Escher S, Romme S, Builks A, Delespaul P, van Os J. Independent course of childhood auditory hallucinations: a sequential 3-year follow-up study. *Br J Psychiatry* 2002;43 Suppl:10-8.
7. Edelson GA. Hallucinations in Children and Adolescents: Considerations in the Emer-

- gency Setting. *Am J Psychiatry* 2006;163:781-5.
8. Bartels-Velthuis AA, van de Willige G, Jenner JA, van Os J, Wiersma D. Course of auditory vocal hallucinations in childhood: 5-year follow-up study. *Br J Psychiatry* 2011; 199(4): 296-302.
  9. Polanczyk G, Moffitt TE, Arseneault L, Cannon M, Ambler A, Keefe R, et al. Etiological and Clinical Features of Childhood Psychotic Symptoms. Results From a Birth Cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(4):328-38.
  10. Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, Murray R, Harrington H. Children's Self-Reported Psychotic Symptoms and Adult Schizophreniform Disorder A 15-Year Longitudinal Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57: 1053-8.
  11. Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (CF-TMEA-R-2000). Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA-R-2000). Versión castellana de la AFAPSAM. Buenos Aires: Polemos; 2004.
  12. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona:Masson, S.A; 2002.
  13. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento. 10ª Ed (CIE-10). Ginebra: Meditor; 1993.
  14. Frances A. Opening Pandoras Box: The 19 Worst Suggestions For DSM5. *Psychiatric Times*. Vol. No. February 11, 2010. Disponible en: [http://www.psychiatristimes.com/dsm/content/article/10168/1522341?pageNumber=1&verify=0%20\(blog%20amp\)](http://www.psychiatristimes.com/dsm/content/article/10168/1522341?pageNumber=1&verify=0%20(blog%20amp))
  15. Timimi S, 2011 Campaign to Abolish Psychiatric diagnostic Systems such as ICD and DSM (CAPSID). Disponible en: <http://www.criticalpsychiatry.net/wpcontent/uploads/2011/05/CAPSID11.pdf>
  16. Manifiesto en favor de una psicopatología clínica, que no estadística. Disponible en: <http://stopdsm.blogspot.com/2011/04/manifiesto-favor-de-una-psicopatologia.html>
  17. Mahler M. Estudios 2. Separación-individuación. Buenos Aires: Paidós; 1984.
  18. Bettelheim B. Psicoanálisis de los cuentos de hadas. Colección Ares y Mares. Barcelona: Crítica; 2006.
  19. Piaget J. La formación del símbolo en el niño. México: Fondo de Cultura Económica; 1986.
  20. Mazet PH, Houzel D. El desarrollo de la inteligencia. En: *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Volumen I. Barcelona: Médica y Técnica SA;1981.p. 39-54.
  21. Bartels-Velthuis AA, Blijd-Hoogewys EMA, van Os J. Better theory-of-mind skills in children hearing voices mitigate the risk of secondary delusion formation. *Acta Psychiatr Scand* 2011:1-5.
  22. M. Klein. Nota sobre algunos mecanismos esquizoides. En: *Desarrollos en Psicoanálisis*. J. Riviere (comp). Buenos Aires:Hormé, 1962. p.255-278.
  23. Bion WR. Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires: Paidós; 1980.
  24. Winnicott DW. Preocupación maternal primaria (1956). En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia, 1979.p. 405-412.
  25. Fonagy P. Teoría del apego y psicoanálisis. Barcelona: Espaxs; 2004.
  26. Klein M. Psicoanálisis del desarrollo temprano. Barcelona: Paidós;1984.
  27. Segal A. Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires: Paidós;1984.
  28. Klein M. Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante. en: *Desarrollos en Psicoanálisis*. J. Riviere (comp). Buenos Aires: Hormé;1962. p.177-208.
  29. Bick PA, Kinsbourne M. Auditory hallucinations and subvocal speech in schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1987,144:222-5.
  30. Arseneault L, Cannon M, Fisher H, Polanczyk G, Moffitt TE, Caspi A. Childhood Trauma and Children's Emerging Psychotic Symptoms: A Genetically Sensitive Longitudinal Cohort Study. *Am J Psychiatry* 2011; 168:65-72.
  31. Mertin P, Hartwig S. Auditory Hallucinations in Nonpsychotic Children: Diagnostic Considerations. *Child and Adolescent Mental Health*, February 2004, Vol. 9,1:9-14.
  32. Fernyhough C, Bland K, Meins E, Coltheart M. Imaginary Companions and Young Children's Responses to Ambiguous Auditory Stimuli: Implications for Typical and Atypical

- pical Development. *J Child Psychol Psychiatry* 2007 Nov;48(11):1094-101.
33. Pearson D, Burrow A, FitzGerald C, Green K, Lee G, Wise N. Auditory Hallucinations in Normal Child Populations. *Personality Individual Differences* 2001, Aug,31(3): 401-7.
  34. Joshi P, Towbin K. Psychosis in childhood and its management. En: Davis KL, Charney D, Coyle DJ, Nemeroff C, editors. *Neuropsychopharmacology: The fifth generation of progress*. Philadelphia: American College of Neuropsychopharmacology 2002; Seccion 5. Chapter 46. p. 613-24.
  35. Rothstein A. Hallucinatory phenomena in childhood: a critique of the literature. *J Am Academy Child Psychiatry* 1981;20:623-35.
  36. Carlson GA, Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *Am J Psychiatry* 1988;145:1222-5.
  37. Del Beccaro MA, Burke P, McCauley E. Hallucinations in children: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:462-5.
  38. Russell AT, Bott L, Sammons C. The phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:399-407.
  39. Volkmar FR, Cohen DJ, Hoshino Y, Rende RD, Paul R. Phenomenology and classification of the childhood psychoses. *Psychological Medicine* 1988;18:191-201.