

Duelo y psicosis en niños: cuando también se pierde el sentido de realidad

SILVIA ACOSTA GARCÍA^{1A}, PILAR LÓPEZ FRAILE^{1A},
IZASKUN DAVALILLO AMEZAGA^{1B} Y EVA ESPAÑA CHAMORRO^{1A}

RESUMEN

Duelo y psicosis en niños: cuando también se pierde el sentido de realidad. En los últimos años se ha estudiado ampliamente la relación entre los traumas vividos en la infancia y el desarrollo de psicosis en la vida adulta. Este artículo se centra en el momento del trauma en tiempo presente, concretamente en las consecuencias que puede suponer para un niño la muerte de su cuidador principal. Se describen las relaciones entre el trauma actual y el desarrollo de sintomatología psicótica temprana. Y se concluye la importancia de tener en cuenta este tipo de evento vital en la evaluación y tratamiento en niños. **Palabras clave:** duelo, psicosis infantil, trauma, esquizofrenia infantil, very early onset schizophrenia (VEOS).

ABSTRACT

Mourning and psychosis in children: when the sense of reality is lost too. Lately, the relationship between childhood trauma and the development of psychosis in adult life has been extensively studied. This article focuses on the moment of trauma in the present, specifically on the consequences that the death of a primary caregiver can have on a child. The relationships between current trauma and the development of early psychotic symptoms are described. This type of trauma must be taken into account while evaluating and treating children. **Keywords:** bereavement, child psychosis, trauma, child schizophrenia, very early-onset schizophrenia (VEOS).

RESUM

Dol i psicosi en nens: quan també es perd el sentit de realitat. En els darrers anys s'ha estudiat àmpliament la relació entre els traumes viscuts a la infància i el desenvolupament de psicosi a la vida adulta. Aquest article se centra en el moment del trauma en temps present, concretament en les conseqüències que pot suposar per a un nen la mort del seu cuidador principal. Es descriuen les relacions entre el trauma actual i el desenvolupament de simptomatologia psicòtica en l'avaluació i tractament en nens. **Paraules clau:** dol, psicosi infantil, trauma, esquizofrènia infantil, very early onset schizophrenia (VEOS).

Psicosis infantil, un reto diagnóstico

La esquizofrenia infantil es un trastorno de escasa prevalencia. Según el National Institute of Mental Health (NIMH, 2018), la incidencia de la esquizofrenia de inicio muy temprano (*very early onset schizophrenia* [VEOS]) considerada antes de los 13 años es inferior al 0,04 %. En el caso de la sintomatología psicótica que no cumple criterios para hacer un diagnóstico de

esquizofrenia, las cifras son difíciles de conocer, en parte debido a las etiquetas y nomenclaturas diversas que se utilizan en las últimas clasificaciones diagnósticas. Un dato llamativo al respecto es que, tanto en la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007) como en la DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), la psicosis infantil no tiene cabida como entidad diagnóstica propia (Viloca, 2012).

¹Psicòloga clínica.

^ACentro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Tarragona. Hospital Psiquiàtric Universitari Institut Pere Mata.

^BCentro de Salud Mental de Beasain. Red de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa. Osakidetza.

Contacto: acostas@peremata.com

Recibido: 4/4/19 - Aceptado: 17/2/20

Actualmente, la clasificación diagnóstica de referencia en los Centros de Salud Mental Infanto-Juveniles en Cataluña es la Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes (CIE-10 [OMS, 2007]), aunque en la comunicación con otros profesionales y familias también se utilizan diagnósticos que pertenecen al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5 [APA, 2014]).

En población infantil, anteriormente a la CIE 10, era muy utilizada la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del niño y del adolescente (CFTMEA [Misès, 1990]). En ella, el término *disarmonía psicótica* recogía una serie de síntomas que pueden ser considerados cercanos a la experiencia psicótica, tales como la confusión entre fantasía y realidad o el desbordamiento del pensamiento por los afectos.

Actualmente dicha clasificación ya no está vigente y los clínicos se encuentran con una dificultad para encontrar un diagnóstico que refleje la riqueza y la sutileza de la sintomatología psicótica incipiente.

Dentro de la CIE-10, la fenomenología psicótica suele incluirse en entidades nosológicas como el trastorno generalizado del desarrollo (TGD) no especificado (que a menudo funciona como cajón de sastre), el trastorno específico del desarrollo mixto (que a nuestro entender se suele usar para enfatizar la diferenciación con el espectro autista) o la psicosis no orgánica sin especificación (usada en menor medida probablemente por los motivos que se describen a continuación).

En principio, los clínicos suelen esperar a ver la evolución y desarrollo del niño antes de hacer una devolución a las familias de un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia (Remschmidt, 2005). Hoy sabemos que la sintomatología psicótica típica de la fase prodrómica durante la infancia puede acabar derivando o no en psicosis, por lo que es muy importante un diagnóstico abierto en estas etapas tempranas en las que, aunque los síntomas detectados pueden apuntar claramente a una enfermedad mental, que esta se instale o no finalmente dependerá también de otros factores (Rivera, 2010).

Por otro lado, un inicio tan precoz dificulta a menudo el diagnóstico, ya que la clínica psicótica

se puede manifestar a través de una gran variación sintomática durante el desarrollo del infante. A menudo, estas manifestaciones clínicas son muy inespecíficas y difieren en algunos aspectos de las psicosis en edad adulta y la sintomatología puede confundirse o solaparse con otras entidades clínicas propias de la psicopatología infantil, como el trastorno del espectro autista (TEA), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o la discapacidad intelectual (DI).

Por todo ello, en estos casos resulta especialmente importante realizar un exhaustivo diagnóstico diferencial y prestar una mayor atención a los factores de vulnerabilidad.

Duelo y psicosis

Se ha planteado el duelo como un conjunto de tareas o procesos que la persona tiene que superar para mejorar la sintomatología normotípica que provoca. Algunas de estas tareas pueden ser muy complicadas en niños que presentan un desarrollo vulnerable o en personas con trastornos psicóticos ya diagnosticados (Tizón, 2007). En el duelo normalizado se han descrito síntomas transitorios como alucinaciones con la persona perdida, tanto visuales como auditivas, así como desorganización y confusión del pensamiento o negación de la muerte (Worden, 2013). Sin embargo estos síntomas serían de carácter temporal y no supondrán padecer un trastorno psicótico. En algunos casos en los que hay unas determinadas condiciones, la elaboración de un duelo puede suponer un desequilibrio importante del psiquismo.

En la etiología de la psicosis, cabe mencionar la teoría de los dos impactos, donde los factores de primer impacto incluirían el riesgo genético, las infecciones prenatales o la exposición prenatal a fármacos. Los de segundo impacto incluirían aspectos como complicaciones obstétricas, eventos vitales estresantes o el consumo de tóxicos (Cornellà, Canals y Cazorla, 2014).

El presente artículo se centrará especialmente en los factores de segundo impacto: concretamente, la exposición a la muerte del cuidador principal.

La exposición a experiencias traumáticas durante la infancia y los acontecimientos vitales estresantes se han asociado al desarrollo de una

variedad de condiciones de salud mental, incluyendo la psicosis.

La bibliografía actual sugiere que las experiencias traumáticas en la niñez, y entre ellas la pérdida de una figura significativa, se correlaciona de forma muy significativa con el inicio de la psicosis entre los individuos con un estado mental de alto riesgo (EMAR). Aunque algunos estudios muestran resultados controvertidos en relación con la pérdida de un familiar como factor de riesgo para el desarrollo de psicosis (Mayo et al., 2017), varios autores plantean que la ausencia de resultados significativos en algunos de los estudios, en realidad, podría estar relacionada con el tipo de método utilizado a la hora de seleccionar la muestra. Por ejemplo, en Dinamarca y Suecia, en dos estudios con muestras muy amplias (Liang et al., 2016; Abel et al., 2014) sí se observó esta correlación positiva, y se hacía hincapié en que los casos incluidos en el estudio eran tan solo aquellos en los que la pérdida acontecida durante la infancia había sido la del cuidador principal (padre, madre o tutor) o de un hermano, no contabilizando la muerte de otros familiares de la familia extensa.

Por otro lado, también es relevante el tipo de muerte, siendo más significativa la correlación si la muerte se ha producido por suicidio, seguido de muerte por accidente y, por último, por causas naturales. En diferentes metaanálisis (Varese et al., 2012), también se han encontrado evidencias a favor de esta correlación entre pérdida y psicosis.

Función del apego en el duelo

La muerte de un familiar cercano, siempre que se dan unas condiciones concretas, puede considerarse un hecho traumático. A nuestro entender, durante la infancia, la muerte del cuidador principal puede producir secuelas especialmente relevantes, probablemente por varios factores. En primer lugar, porque la herramienta con la que el niño intentará elaborar ese duelo será una estructura psíquica aún inmadura y en pleno desarrollo. Y en segundo lugar, porque en una situación tan particular de pérdida podrían, además, quedar desatendidas algunas de las principales funciones que contribuyen y posibilitan el desarrollo del niño. Funciones que,

vehiculizadas a través del apego, serían en gran parte las responsables de la construcción de su aparato psíquico.

Son numerosos los estudios que muestran la relevancia del apego para el desarrollo emocional y cognitivo del niño. El vínculo afectivo supone la base para que sienta y exprese emociones, aprenda, establezca relaciones y, en definitiva, desarrolle su personalidad. Del vínculo afectivo dependen el desarrollo de funciones tan básicas como la representación de los estados mentales propios y ajenos y la *construcción* del propio pensamiento (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978).

El desarrollo del cerebro depende, en gran parte, de las experiencias vividas en edades tempranas. Aunque este dispone de una notable capacidad de autoprotección y recuperación, hoy sabemos que la falta de experiencias de afecto y protección puede dejar “huellas biológicas” de carácter irreversible en el funcionamiento y la organización cerebral (Power y Hertzman, 1997).

La perturbación de las relaciones primarias, por ausencia o por defecto (tanto porque la figura maternal deja de estar físicamente presente como cuando la ausencia transcurre en un terreno de no disponibilidad mental), constituyen uno de los factores estresantes más relevantes en la primera infancia (Gerhardt, 2016).

Según la OMS (2014), las experiencias traumáticas pueden causar daños intensos en la organización del propio pensamiento y la regulación emocional, constituyendo un factor de riesgo para desarrollar un trastorno mental grave.

Así pues, una situación de pérdida como esta sería candidata a provocar en el niño un alto nivel de estrés y toda una serie de carencias significativas que, a su vez, podrían comportar un importante riesgo para su desarrollo.

En el presente artículo se describe el caso de una niña que presenta sintomatología psicótica tras la pérdida de su cuidadora principal. El objetivo del artículo es realizar el análisis de un caso concreto para poder tener en cuenta algunos aspectos en relación al duelo que ayuden a prevenir síntomas futuros y a evaluar adecuadamente la psicopatología en contextos de riesgo tras una muerte cercana.

Caso clínico

Lola es una niña que llega a nuestro Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) con tan solo cinco años. Desde la escuela, la describen como una niña “extraña y difícil” y, en este contexto, el Equipo de Atención Psicopedagógica Escolar decide derivarla a nuestro servicio para valorar un posible TDAH.

Lola es hija única. La familia contará que tanto su embarazo como el parto fueron complicados. Describen los principales hitos evolutivos adquiridos a la edad esperada, excepto enuresis primaria nocturna, que persiste en el momento de consulta.

Sitúan el inicio de las dificultades a los tres años, coincidiendo con la pérdida súbita y traumática de la cuidadora principal, que causó un gran impacto emocional en todos y cada uno de los miembros del entorno familiar inmediato. Dichas figuras describirán graves dificultades para poder acompañar a Lola en esta pérdida, así como a la hora de suplir de una forma adecuada y plena el vínculo y las funciones de cuidado que de él se desprenden. Lola quedará así inmersa en el vacío de un replegamiento familiar de carácter depresivo que probablemente le dificultará no solo la elaboración del propio duelo sino también la comprensión del mundo y su desarrollo como persona.

El inicio de los síntomas también coincide con el de la escolarización y con una hospitalización a causa de un virus no filiado cuya afectación remite con antibióticos en varios días.

Como antecedentes familiares, constan trastorno depresivo, TEA y trastorno mental no filiado, que ha requerido de ingresos psiquiátricos.

En la exploración psicopatológica, Lola presenta un aspecto cuidado y saludable, rostro expresivo, sonrisa social y contacto visual presentes y bien modulados. Atención conjunta preservada, aparece capacidad para solicitar y mostrar objetos, con el objetivo de compartir intereses. Hay conciencia del otro, interés por éste y cierta capacidad de reciprocidad social. Pero aunque en general el contacto es afectivo, destaca su carácter extraño y desinhibido.

Su pensamiento es acelerado y con tendencia a la disgregación, comportando graves dificultades para estructurar las propias ideas.

Su discurso es verborreico, muy desorganizado y disperso, con tendencia a la tangencialidad y al descarrilamiento, a menudo inteligible por ser entrecortado, saltar constantemente de un tema a otro e incorporar contenidos de carácter extraño.

Las funciones ejecutivas aparecen muy alteradas. Le cuesta planificar su comportamiento, anticipar el del otro e inhibir los propios impulsos. La comprensión aparece aparentemente preservada, aunque la intensa dificultad para centrar y mantener la atención a menudo interfiere en ella.

En la administración de la *Escala de Inteligencia para niños de Wechsler WPPSI-III* (Wechsler, 2009), se obtiene un perfil muy disarmónico (CIV 96, CIM 64, VP 75, CIT 74), compatible con la presencia de una disfunción ejecutiva y que sugiere la presencia de unos recursos intelectuales presentes, pero poco disponibles; situación que se corresponde con las dificultades que presenta la paciente para acceder a la lectoescritura y a los aprendizajes escolares en general.

En el contexto de la consulta, se observa una tendencia a la indiferenciación y a la fusión con la terapeuta (confusión de pensamientos y emociones propios con los ajenos: confusión objeto-sujeto) que oscila y contrasta con la tendencia a escindir el objeto (este es muy bueno o muy malo, siendo imposible su integración) y que también aparece en otros momentos.

Lola presenta un pensamiento mágico muy acentuado y con tendencia a la fabulación: imaginación desbordada, confusión mundo interno y externo que cursa con preocupación, temores y dudas muy angustiantes en relación a la envergadura real o imaginaria de personajes fantásticos y a menudo terribles, procedentes de cuentos (por ejemplo, el lobo de los tres cerditos) o de la cultura popular (bestia de fuego típica de las fiestas locales) y que amenazan y sugieren una posible ruptura con la realidad.

El nivel de ansiedad es muy elevado, con presencia de miedos irracionales de carácter muy intenso e invalidante. Aparecen preocupación y desconfianza hacia el entorno de carácter paranoide: niños que también acuden al servicio y que vigilan el despacho o roban los juguetes, temor por personajes terroríficos que nos escuchan a

través de los conductos de ventilación, etc.

La familia informa de un sueño muy inquieto, enuresis nocturna primaria y pesadillas de carácter persecutorio que imposibilitan que pueda dormir sola. También refieren irritabilidad y baja tolerancia a la frustración, que puede llegar a comportar autoagresiones en forma de golpes.

El afecto es muy inestable, incoherente e inadecuado. Lola presenta una gran disregulación emocional con tendencia a verbalizar insultos y amenazas de carácter agresivo y confunde emociones positivas y negativas, especialmente cuando estas son de carácter muy intenso. Por ejemplo, en alguna ocasión, ante una emoción positiva difícil de contener, Lola ha llegado a amenazar a la maestra con clavarle las tijeras y matarla, o cuando la terapeuta anuncia el final de la sesión, a menudo Lola la insulta de una forma muy exagerada, llamándola “guarra, bruja y puta”.

Se observa inquietud psicomotriz, impulsividad y conductas disruptivas de carácter desorganizado y a veces extraño o bizarro: malos modales exagerados a la hora de comer, ensuciarse las manos con heces, esparcirlas por las paredes, esconder el papel de váter después de haberse limpiado, etc.

La adaptación escolar y social es muy pobre, con tendencia al rechazo por parte de los iguales y al aislamiento. Lola muestra interés por el otro pero una falta de habilidades para establecer y mantener relaciones positivas. Presenta conciencia y sensibilidad en relación a ello y un gran impacto emocional que muestra a través de verbalizaciones del tipo “soy mala y los niños no me quieren”, o a través del juego, en el que aparecen niños que están solos porque no aprenden y son malos, no tienen amigos, nadie les acepta y están convencidos de que les quieren hacer daño.

Así mismo, Lola muestra una escasa capacidad para la representación simbólica tanto gráfica como mediante el juego. Aunque a veces su juego incluye contenidos simbólicos, frecuentemente este aparece en forma de *ecuación simbólica* (1), que transmite una dificultad para diferenciar la realidad de la función.

Este juego es compartido y bastante recíproco pero desbordado, de carácter repetitivo, que incluye contenidos muy extraños. Centrado en

la preocupación por la oralidad, el control vesical y anal, y sobre todo en una temática de daños, pérdidas e intentos de reparación fallidos (personas o cosas que sufren accidentes que se intentan reparar de forma extraña y sin éxito).

En el Anexo 1 se recogen las producciones obtenidas en la administración de la técnica proyectiva gráfica H-T-P (Buck, 2008).

Una sesión de juego

El tipo de intervención realizado con esta paciente ha sido la psicoterapia focal de carácter psicodinámico centrada en el juego (Sala, 2013), así como un trabajo familiar de acompañamiento y asesoramiento y otro de colaboración estrecha con los recursos escolares.

La sesión que aquí se expone pertenece a un momento bastante inicial del proceso terapéutico.

Cuando la terapeuta sale a buscar a Lola, esta, como de costumbre, la ignora durante unos segundos y acto y seguido entra de forma precipitada en el despacho como si, de repente y tras el primer impacto, hubiera conseguido conectar con ella y con el encuadre.

Hoy también tiene muchas ganas de contar cosas pero su logorrea es desorganizada, entrecortada y muy dispersa y la terapeuta tiene que hacer un gran esfuerzo para intentar dar forma y sentido a sus palabras y rescatar las ganas de comunicar que estas esconden.

Empieza hablando extremadamente angustiada de su negativa ante la propuesta de la madre de quitarle el pañal que aún lleva por las noches. Conecta esto con todas las cosas del colegio que ella aún no ha aprendido y que la terapeuta intuye que la hacen sentir incapaz, pequeña y diferente. Sigue hablando de forma muy confusa y con tristeza de los “niños malos” que son rechazados por los iguales. Esto hace pensar a la terapeuta que quizá está describiendo sus propias vivencias personales cotidianas e identificándose como esa “niña mala”. Acto y seguido, menciona una nota que ha llegado de la escuela alertando de que hay piojos y entonces, escondiéndose debajo de la mesa, explica con expresión de terror en la cara que a ella los piojos le dan mucho miedo. Y por último también pregunta, con preocupación y desconfianza, por los niños que, como ella, vienen al CSMIJ...

Lola habla de todo esto a la vez, con prisa por empezar y terminar. Así, de forma despedazada y confusa, va dejando entrever a la terapeuta estas y otras muchas de las cosas que son importantes para ella. La impresión de la terapeuta es de que solo puede alcanzar a intuir algunas de esas cosas y el resto son tan fugaces, deshiladas y a veces incoherentes que, a pesar de su esfuerzo, no consigue ni tan solo registrarlas. Además, cuando la terapeuta le pide aclaraciones, lo único que obtiene son respuestas tangenciales y un descarrilamiento del propio pensamiento.

Tras este corto pero intenso lapso de tiempo tan desbordado de ideas, la propia Lola es quien acaba poniendo fin a la desorganización de su discurso y dejando a la terapeuta con la palabra en la boca: le anuncia que ya no quiere seguir hablando y ahora quiere jugar.

Aquí, la terapeuta respira y toma conciencia del acompasamiento que, en cierta medida, y a pesar del caos de las palabras y las ideas, han compartido durante unos minutos. Ha sido un tiempo en que ambas se han sentido cerca; ella dejando entrever su extraño y desorganizado mundo interior y la terapeuta intentando percibirlo, digerirlo por ella y devolverlo con algo más de forma y estructura. En este proceso, la terapeuta puede sentir el malestar de Lola y, entre líneas, puede llegar a oír su petición de ayuda y sus ganas de ser ayudada.

Lola insiste en que quiere jugar y pide lo mismo de siempre. Lleva muchas sesiones jugando con un bebé al que, de forma indiferenciada, a veces cuida y a veces agrede. La terapeuta tiene siempre la sensación de que la niña enlaza una sesión con otra como si no hubiera habido interrupción alguna. Llama la atención de que, aunque el juego en apariencia puede resultar creativo, en realidad es pobre y siempre se repiten las mismas tramas y los mismos contenidos.

Lola dirá que el bebé no llega a la mesa y gime que el bebé “no puede”. Quiere hacerle una silla más alta pero no sabe cómo y hoy propone hacerla con plastilina. Primero la pegotea y luego pide ayuda a la terapeuta. La espera le cuesta mucho y empiezan los insultos. Lola insulta a la terapeuta e intenta agredirla, primero ante la frustración que la inquieta y la enfada pero más tarde también ante la alegría y la emoción del resultado.

Quiere que el bebé se llame “prima Berta”. El bebé tiene miedo a caerse de la silla, dice que le dan miedo las alturas (como a ella). Aparece una terrible ansiedad catastrófica: teme que el bebé caiga, que se clave las tijeras o que se ahogue con un cordel que le ha atado al cuello. Su juego se va desorganizando y ella también. La historia va cogiendo un tinte cada vez más extraño y Lola parece perder primero el hilo y luego el sentido de realidad, requiriendo de gran ayuda para volver a reconectar.

Finalmente, el bebé ha caído y lo tienen que llevar en ambulancia al hospital para que “lo reparen”. Allí, Lola corta el bebé con la sierra, le da con el martillo... y el bebé, que ahora es de plastilina, termina hecho añicos. Me pide que sea “su ayudante” y que le sujete las herramientas. Intenta unir los trocitos de bebé. Dedicar mucho tiempo pero al final dice que no lo pudieron salvar y lo lleva “al cementerio”. Dirá que quizá después de unos días se recupere. La terapeuta le habla de lo difícil que es perder a un ser querido para siempre y, con aflicción y un tono adultizado que no parece propio de ella, dice “qué pena” y cambia de juego.

Como siempre, le costará finalizar la sesión y volverá a preguntar por “los otros niños” (que también vienen aquí). Expresa preocupación porque esos niños pudieran robar cosas del despacho de la terapeuta y también desconfianza y miedo por si las están oyendo y las pueden ver en ese preciso momento.

Dice que ella y el bebé se quieren casar con la terapeuta y esta le devuelve lo bien que han estado juntas, las ganas de quedarse más rato y lo mucho que cuesta terminar y despedirse, pero para entonces Lola ya habrá salido corriendo del despacho, sin mirar atrás ni despedirse.

Conclusiones

En el caso presentado, aunque no se puede hablar de una esquizofrenia o psicosis franca, se observa sintomatología claramente compatible con un funcionamiento de características psicóticas. A menudo, la esquizofrenia se presenta como una ruptura abrupta en la vida del individuo, mientras que aquí más bien encontramos una estructuración psíquica progresivamente psicótica.

En este caso, el trabajo psicoterapéutico ha ayudado a la mejora de los síntomas, así como a apuntalar el desarrollo evolutivo. Para ello ha sido crucial el apoyo y la orientación a la familia. Esta es quien realmente puede sostener y crear la estructura necesaria que posibilita el desarrollo del niño en los diferentes planos: emocional, social y de acceso a los aprendizajes, a la simbolización y a la comprensión del contexto.

Queda la duda de si el desarrollo ya estaba afectado antes de la pérdida afectiva pero, aún y así, el tema de la muerte parece suponer un gran impacto para la paciente y aparece de forma recurrente en las sesiones, tal como mostramos en la sesión de juego recogida: en el bebé que tiene todo tipo de accidentes y hay que reparar para que no muera.

Una revisión actualizada de la literatura referente a la pérdida de una figura de apego significativa durante la infancia (sobre todo si dicha pérdida tiene lugar durante los primeros años de vida) evidencia y nos ayuda a reflexionar sobre el posible impacto de dicha pérdida en el proceso de estructuración psíquica del niño y la importancia de recibir un tratamiento tanto a nivel sintomático como preventivo.

Es relevante tener en cuenta en la anamnesis de cada caso si se ha dado este tipo de evento vital y analizar en detalle las características de la muerte y de lo que rodea al duelo para poder acceder a aspectos cruciales de diagnóstico y tratamiento.

Notas

- (1) Este concepto hace referencia a un nivel de funcionamiento que aún supone confundir el objeto representado con el objeto que lo representa, apareciendo así dificultades para jugar a “hacer como si” (como si fuera un perro, como si fuera un médico...) ya que suelen hacer una imitación literal de aquello que imitan y sienten que lo son, no solo que lo hacen ver. Se trata de un fenómeno que podemos encontrar en el desarrollo normal antes del acceso al símbolo, pero en el que algunos niños pueden quedar fijados; las personas con autismo, por ejemplo, a menudo funcionan a este nivel (Viloca, 2012).

Bibliografía

- Abel, K. M., Heuvelman, H. P. Jørgensen, L., Magnusson, C., Wicks, S., Susser, E., Hallkvist, J. y Dalman, C. (2014). Severe bereavement stress during the prenatal and childhood periods and risk of psychosis in later life: population based cohort study. *BMJ*, 348.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Buck, J. N. (2008). *H-T-P Manual y Guía de Interpretación*. Barcelona: TEA Ediciones.
- Cornellà, I., Canals, J. y Cazorla González, J. J. (2014). Psicosis en el adolescente: sospecha diagnóstica. *Adolescere: Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 2
- Gerhardt, S. (2016). *El amor maternal: La influencia del afecto en el cerebro y las emociones del bebé*. Sitges, Barcelona: Eleftheria.
- Liang, H., Olsen J., Yuan, W., Cnattingus, S., Vestergaard, M. Obel, C., Gissler, M. y Li, J. (2016). Early Life Bereavement and Schizophrenia. *Medicine Baltimore*, 95 (3). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4998249/>
- National Institute of Mental Health (NIMH) (2018). *Schizophrenia*. Bethesda, MD: NIMH. Recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/schizophrenia.shtml>
- Mayo, D., Corey, S., Kelly, L. H., Yohannes, S., Youngquist, A. L., Stuart, B. K., Niendam, T. A. y Loewy, R. L. (2017). The Role of Trauma and Stressful Life events among individuals at Clinical High Risk for Psychosis: A Review. *Frontiers in Psychiatry*, 8 (55).
- Misès, R. (1990). Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 38 (10-11), 523-539.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007). *Clasificación multiaxial de los trastornos*

psiquiátricos en niños y adolescentes CIE-10. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Power, C. y Hertzman, C. (1997). Social and biological pathways linking early life and adult disease. *Br Med Bull.*, 53(1):210-21.

Remschmidt, H. (2005). *Esquizofrenia en niños y adolescentes*. Barcelona: Ariel.

Rivera, N. (2010). El diagnóstico en la clínica con niños. Psicoanálisis versus clasificaciones diagnósticas. *Desenvolupa: La Revista d'Atenció Precoç*, 31. Recuperado de: <http://www.desenvolupa.net/content/download/99/442/file/EI+diagn%C3%B3stico+en+la+cl%C3%ADnica+con+ni%C3%B1os.pdf>

Sala, J. (ed.) (2013). *Psicoterapia focal de niños. Una aplicación del modelo psicoanalítico en la red pública*. Barcelona: Octaedro.

Tizón, J. L. (2007). *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*. Barcelona: Herder.

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., Van Os, J. y Bentall, R. P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies, *Schizophrenia Bulletin*, 38 (4), 661-671.

Viloca, Ll. (2012). *El niño autista: detección, evolución y tratamiento*. Barcelona: ediciones CEAC.

Wechsler, D. (2009). *WPPSI-III. Escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria*. Barcelona: TEA ediciones.

Worden, J. W. (2013). *El tratamiento del duelo*. Barcelona: Paidós.

Anexos

Anexo 1: producciones del H-T-P



CASA

"Aquí vive un caracol gigante que tenía hijos caracoles y un hermano niño. El gusano malo quería comérselos pero el cazador (de los tres cerditos) lo mata."



ÁRBOL

"Es un árbol que va caminando (tiene manos y pies). Un día se cayó y se murió... Y entonces salió un bebé árbol."



PERSONA

"El niño está enfadado (y saca humo). El padre/madre tonto (se refiere a ellos de forma indiferenciada) no le deja ir donde quiere y el niño le pega..."



PERSONA 2

"Una niña que está triste (le sale mucho humo). Está triste porque un amigo suyo se fue... Se enfadó porque la niña no había hecho los deberes".