

SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y  
NEUROLOGIA INFANCIA Y  
ADOLESCENCIA



---

**BOLETIN**

---

**SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA  
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA**

---

**AÑO 6 - Nº 2 - OCTUBRE 1995**

ISSN 0717-1331

## DIRECTORIO 1994 - 1995

Presidenta:	Dra. Ledia Troncoso
Vice-Presidenta:	Dra. Ximena Keith
Secretario:	Dr. Tomás Mesa
Tesorera:	Dra. Perla David
Directores:	Dra. Lilian Cuadra Fonoaud. Marcelo Díaz Dra. Isabel López Psic. Carmen G. Perales Dra. Erna Raimann Dr. Marcelo Devilat
Past-President:	
Directora del Boletín:	Isabel López
Comité Editorial:	Freya Fernández Gabriela Sepúlveda Marcelo Díaz Ricardo García

Esmeralda 678 of. 303, Fonos: 6331955 - 6396171, Fax: 6391085 - Santiago

1995 - DIRECT  
BOLETIN  
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA  
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA  
Y ADOLESCENCIA

AÑO 6 - Nº 2 - OCTUBRE 1995

CONTENIDOS

TRABAJOS ORIGINALES

Disarmonía Psicótica en un niño de 5 años  
Estudio Psicopatológico y tratamiento  
Dras. Virginia Boehme, Soledad Herrera, Psic. Gabriela Sepúlveda 3

Visión crítica del Síndrome de Hiperactividad con déficit de Atención.  
Dr. Juan E. Sepúlveda Rodrigo 9

Fantasma en el desarrollo del niño  
Dra. Ximena Keith P. 19

REVISION DE LIBROS Y REVISTAS

- El crecimiento del mundo.  
Moris Berman 24
- Adolescencia y Sexualidad. Manual de trabajo en grupo.  
Gabriela Sepúlveda; Paulina Valderrama; Pascuala Donoso
- Actividades para terapia de grupo con adolescentes.  
Sepúlveda F., Nelson M., Emhart J., Castilla A.M.
- Los progenitores del sistema nervioso inmortalizados. Vectores de terapia génica.  
Peschanski M.
- Leucoencefalopatía hereditaria y keratoderma palmoplantar.  
Lossos A., Cooperman H., Soffer D., Ben-Nariah Z., y cols.
- Tumores cervicomedulares en niños.  
Robertson P.L., Allen J.C., Miller D.C., Fidel J., Epstein F.J.
- Efectos de la Hemiplejía en la madurez ósea.  
Doman-Roberts C., De Laura Vegtie, and Stevenson R.D.

CORRESPONDENCIA

Dr. Rodrigo Chamorro O. 34

NOTICIAS

36

REUNIONES Y CONGRESOS

38

SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES

39

Dr. Pablo Rodríguez W.  
Director D.I.R.

## DISARMONIA PSICOTICA EN UN NIÑO DE CINCO AÑOS: ESTUDIO PSICOPATOLOGICO Y TRATAMIENTO

*Dras.: Virginia Boehme, M. Soledad Herrera, Ps. M. Gabriela Sepúlveda  
Hospital Clínico Universidad de Chile, Depto. de Neurología - Neurocirugía (CIDIN)*

### MOTIVO DE LA PRESENTACION

Mostrar un paciente con un cuadro psicótico de comienzo en la infancia y analizar las dificultades para clasificar este tipo de casos con las nosologías disponibles actualmente.

Se presenta al niño que llamaremos Alberto; de cinco y medio años en el momento de consultar.

#### I.-Motivo de consulta:

Derivado desde el colegio un año antes de la fecha de consulta (pre kinder) por presentar dificultades para seguir normas básicas en la sala de clases (por ejemplo: grita y come no ajustándose al ritmo de aprendizaje del resto del curso).

Además es dominante con sus pares y descrito como líder negativo por la profesora. Según la psicóloga del colegio, es muy fantasioso, habla en forma convincente de un hermano imaginario y refiere ser castigado físicamente por los padres. Estos decidieron darle tiempo para madurar y no consultaron hasta un año después: (abril de 1993), fecha en la cual, el niño se entera en el colegio que los padres deberían dormir juntos y no con los hijos. Como él siempre ha dormido con su madre, cae en una crisis angustiada. Los padres comienzan entonces una escalada litigante contra el colegio y éste exige una evaluación psiquiátrica.

#### II.-Antecedentes familiares:

Es hijo único y vive con ambos padres.

El padre: tiene 49 años, 4º medio. Anteriormente empleado de una empresa de computación; actualmente cesante un año. Realiza asesorías esporádicas.

Es el 5º hijo de 9 hermanos; presentó trastornos de conducta en su infancia.

Clinicamente aparece como un trastorno de personalidad en la línea obsesiva. Ha presentado una inestabilidad vocacional y laboral: cursando 1 año de sacerdocio y otro como productor de cine.

La madre: tiene 46 años, contadora.

Es la primera hija de madre soltera con antecedente psiquiátrico. Producto de una relación ocasional con un hombre casado. Tiene antecedentes de abandonos reiterados en su infancia; habiendo presentado enuresis diurna y nocturna junto con encopresis más coprografía. Clínicamente tiene un trastorno fronterizo de personalidad.

Relaciones conyugales: Insatisfactorias con agresión y descalificación mutua y una terapia de pareja no exitosa en 1991.

Antecedentes mórbidos familiares: Aparte de los mencionados en la línea directa, existen por parte de la madre antecedentes de diabetes, epilepsia, retraso del lenguaje, psicosis crónica y por ambos padres de trastorno de personalidad.

#### III.- Antecedentes Personales:

- Embarazo: primigesta tardía (40 años). No deseado, en madre soltera. Los padres deciden casarse a raíz del embarazo. Cursa con problemas emocionales.
- Parto: Cesárea por ausencia de dinámica uterina espontánea a pesar de inducción ocitócica.
- RNT GEG: 4.500 con dificultad para regular temperatura, por lo cual, se mantuvo 1 día en observación. Es tranquilo.
- Alimentación: Pecho exclusivo durante 6 meses sin dificultad en la incorporación de alimentos, pero con tendencia a ser sobrealimentado por la madre apareciendo una obesidad precoz.

e) Desarrollo

- e1) Psicomotor: marcha a 1 año 4 meses
- e2) Lenguaje: normal
- e3) Esfínter: nunca ha logrado un buen control del esfínter urinario y anal. Presenta una encopresis y enuresis primaria nocturna y diurna, no constituyendo esto un motivo de consulta para los padres.
- e4) Desarrollo afectivo-social: dificultad de integración con pares desde siempre. Prefiere juegos fantasiosos de omnipotencia, con figuras imaginarias, o investigar temas específicos en profundidad.
- e5) Desarrollo Psicosexual:  
Presenta masturbación desde los 9 meses de vida. Los padres consultan por este motivo al año 3 meses a Neurólogo; constatando éste en el examen neurológico una discreta hipotonía generalizada de origen no precisado.
- e6) Autonomía:  
No presenta hábitos de independencia en aseo. Sueño y alimentación:  
Toma mamadera hasta los 4 años  
No se viste solo  
No va al baño hasta que la madre se lo pida  
Duerme con la madre

f) Antecedentes escolares:

Ingres a sala cuna a los 87 días y se mantiene siempre en jardín o colegio. Los primeros años sólo presentó dificultad en la psicomotricidad gruesa.

g) Mórbidos personales:

- Genuvalgo
- Pie plano longitudinal
- Sobrepeso

EXAMEN DEL NIÑO

a) Psiquiátrico:

Niño ligeramente obeso, de alta estatura. Usa lentes.

Establece un contacto inadecuadamente cercano con el examinador, maneja un lenguaje rico en vocabulario, sin fallas sintácticas, ni fonológicas, pero particular en el estilo: es

amanerado, con expresiones de adulto (por ejemplo: dice proverbios).

El contenido del discurso es inicialmente atingente, pero luego se extiende en detalles, perdiendo la idea central y entremezclando contenidos fantasiosos donde él es el héroe que lucha contra amenazas planetarias. Aparece emocionalmente involucrado del todo, actuando en concreto el abordaje de la situación temida, con certeza en los contenidos de su relato e ignorando al interlocutor. Imagina que tiene un hermano, habla con él como si realmente existiera, actuando con gran histrionismo. Habla de él a sus padres con naturalidad. Inventa trampas para atrapar monstruos, así como armas fantásticas que emiten rayos láser para defenderse.

Cuenta historias de su vida con gran certeza: como que él es huérfano y que vive con su abuelita.

Al confrontarlo, reconoce que sería imaginación, pero sin demostrar pudor. Tiene intereses por distintos temas; sobre los cuales, se explaya en profundidad, y que van cambiando: como animales prehistóricos, naves espaciales y actualmente la historia de Chile, identificándose con distintos personajes (B. O'Higgins, Manuel Rodríguez).

Presenta conductas bizarras como que trata a su perro de «hermano», ya que imagina ser Santo Tomás. Comen del mismo plato, suelen dormir juntos y presenta juegos sexuales con él como besarse en la boca o masturbación y felacio mutuo.

En el desarrollo emocional aparece una imagen de sí no integrada, sobrevalorada y omnipotente; con una imagen de otros con atributos difusos que generan ansiedades persecutorias. La relación con la madre es percibida afectuosa, tendiendo a prevalecer un vínculo regresivo con ella; alto apego y exigencias de satisfacción sin postergación de sus demandas. Al padre lo percibe más alejado y poco protector. La realidad es percibida como hostil y amenazante, sintiéndose desprotegido frente a ella, lo cual, elicitando intensas fantasías persecutorias.

El control de impulsos es pobre con mala tolerancia a la frustración.

Los afectos predominantes son: angustia difusa, rabia y miedos (a la soledad, oscuridad, a seres de la fantasía y a situaciones peculiares como al rebote de la pelota).

Las relaciones interpersonales son inadecuadas, estereotipadas, con falta de límites y sin categorizar la situación; por ejemplo: se comporta igualmente con extraños que con personas de confianza sin mediar el sentido de privacidad. Es así como aún se masturba en público.

En la relación con los padres es demandante y solicita atención permanente. Con la madre es obstinado, no ha logrado hábitos de autonomía, cosa que la enrabia mucho manejándolo con inestabilidad entre el polo de la agresión física y verbal y el polo del apego físico y permisividad. En el conflicto de pareja se encuentra aliado con la madre a quien protege y descalifica verbalmente al padre.

El estilo de socialización es permisivo - hostil con maltrato físico y verbal.

En la relación con pares es amistoso, pero intenta imponer su juego sin considerar los deseos de otros. Este generalmente consiste en fantasías, donde él es el héroe que maneja en forma omnipotente las situaciones imponiendo roles de menos poder a sus pares. Ejemplo: es líder de las galaxias y su nave destruye a los malos del universo.

En resumen: la relación con pares está comprometida debido al exceso de egocentrismo, sentimiento de omnipotencia, falta de empatía e incapacidad de tomar perspectiva.

#### **b) Examen Neurológico:**

Hiperlaxitud articular generalizada con reflejos normales. (Sincinecias múltiples), disidiado cocinesia leve - marcha torpe con discreto aumento de la base de sustentación. Resto normal.

#### **c) Exámenes de laboratorio:**

EEG St. Hv: desorganización lenta difusa no

específica. Informada como compatible con inmadurez bioeléctrica.

#### **d) Evaluación psicológica:**

Se realizó una evaluación de las funciones intelectuales y de aprendizaje (WISC - Bender - funciones básicas) y del área emocional CAT y Rorschach).

#### **Resultados:**

Posee una inteligencia normal superior disarmónico con menor rendimiento en el área manual y un buen desarrollo del área conceptual y verbal. Presenta además una inmadurez en el área de la coordinación visoperceptivomotriz.

En el área afectiva aparece un niño que presenta un desarrollo anormal de la personalidad con defensas de tipo bajo, dificultades en su identidad, en el manejo de los impulsos y en el enjuiciamiento de la realidad con ocasionales pérdidas de juicio momentáneos.

Aparecen elementos del tipo de la omnipotencia, depresivos y paranoídeos.

#### **HIPOTESIS DIAGNOSTICA**

Clasificación francesa de los problemas mentales del niño y adolescente Misés (1988). (8)

#### **EJE I Categorías clínicas de base**

- 1.- Psicosis : disarmonía psicótica
- 2.- Problemas de expresión somática y/o conductual:
  - Enuresis mixta
  - Encopresis

#### **EJE II Factores eventualmente etiológicos:**

- 1.- Factores orgánicos:
  - Genéticos: no especificados
- 2.- Factores del ambiente:
  - Problemas mentales en los padres
  - Perturbaciones psicológicas en la familia

#### **TRATAMIENTO**

El paciente lleva dos años en tratamiento habiendo realizado el siguiente esquema terapéutico centrado tanto en el niño como con los padres en forma simultánea.