

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA EDUCACION  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**



**MODULO:**

PSICOPATOLOGIA I

**AUTORA:**

LISSETH CABANILLA

**CURSO:**

SEGUNDO AÑO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA "A"

**PROFESORA:**

DRA. GLORIA JARRO

**MACHALA – EL ORO – ECUADOR**

**2011 – 2012**

## ETIOLOGIA DE PSICOPATOLOGÍA

El término psicopatología, etimológicamente psyché (psyjé): alma o razón. páthos (pazos): enfermedad, logía: o lógos, que significa discusión o discurso racional, puede ser usado en tres sentidos:

Como designación de un área de estudio: Es aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados, ni por la maduración o desarrollo del individuo, ni como resultado de procesos de aprendizaje también entendidos como trastorno psicológico, enfermedades o trastornos mentales. A modo de ejemplo, encontramos el estudio que diferencia entre percepción normal/sana y percepción que no es normal/sana, al margen de la definición de trastorno psicológico; en este sentido, la alucinación hipnogógica es una percepción normal y sana.

Como término descriptivo: Es aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico.

Como designación de un área de estudio en psicología que, en oposición al estado de salud (tal y como es definida por la Organización Mundial de la Salud: social, psicológica y biológica), se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados «no sanos» en el proceso mental. Así, el papel del aprendizaje, análisis de la conducta (Psicología conductista) o cualquier otro proceso cognitivo, permite explicar los estados «no sanos» de las personas, así como posibles aproximaciones de tratamiento. En este sentido, enfermedades o trastornos mentales no es estrictamente un sinónimo de psicopatología, ya que existen aproximaciones que permiten explicar la ausencia de salud. Por ejemplo, los procesos de aprendizaje relativos a la fobia son bien conocidos, encaja este cuadro clínico o no dentro de la categoría psiquiátrica de fobia.

### **Psicopatología como área de estudio**

Diferentes profesiones llegan a estar involucradas en el estudio de la psicopatología. Principalmente son los psiquiatras y psicólogos los que se interesan por esta área, pues a su vez participan del tratamiento, investigación acerca del origen de los cuadros clínicos, su manifestación y desarrollo. En un plano más general, muchas otras especialidades pueden participar del estudio de la psicopatología. Por ejemplo, los profesionales de las neurociencias pueden centrar sus esfuerzos de investigación en los cambios cerebrales que ocurren en una enfermedad o trastorno mental.

La psiquiatría se ocupa de identificar signos y síntomas que llegan a configurarse como síndromes, enfermedad o trastorno mental. Esto sirve tanto para el diagnóstico de pacientes individuales o para la creación de clasificaciones diagnósticas. Este último es el caso de la sección F de la

clasificación CIE de la Organización Mundial de la Salud, o el del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, (DSM I II III o IV).

La psicología, sin embargo, aplica los conocimientos del proceso mental a la comprensión de la psicopatología, de la que se derivan disciplinas tales como la psicoterapia. Los procesos de aprendizaje y el contexto social, son por tanto, factores importantes en la explicación de la psicopatología. Desde la modificación de conducta se entiende que no existen propiedades emergentes en la identificación de psicopatología, es decir, puede describirse un trastorno en una persona concreta, pero la clasificación no explica por sí sola, sino tan sólo describe una situación con una categoría (un análisis más detallado permitiría explicar y tratar el problema en cuestión).

Debe matizarse que la propia psiquiatría también reconoce, en la introducción del DSM-IV-TR, que el diagnóstico psiquiátrico no es suficiente para disponer de un plan terapéutico, sino que se precisa más información clínica.

En un sentido más general, cualquier conducta que cause malestar, impedimento o inhabilidad, a raíz de una disrupción o deterioro de funciones cognitivas o neuroanatómicas, podría ser clasificado de psicopatología. Si bien, es preciso diferenciar la psicopatología con problemas orgánicos bien identificados (como los problemas de atención y ánimo por hipotiroidismo) de aquellos donde tales problemas son hipotéticas y el aprendizaje parece ser un agente explicativo fundamental.

Es decir: la psicopatología es una disciplina en referencia a los síntomas psicológicos de una enfermedad orgánica con una clara explicación biológica, como en el caso del hipotiroidismo; o bien, a los síntomas de trastornos psicológicos; o bien, a estados contrarios a la salud mental mediante determinados procesos mentales.

## **INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA:**

La psicopatología es la disciplina que estudia lo anormal, lo desviado, lo desadaptado, lo trastornado, lo desorganizado, etc., cuyo interés se centra en la naturaleza y las causas de la conducta anormal o psicopatológica y se plantea como objetivo principal descubrir leyes que regulan la conducta anormal o patológica mediante el método científico. El interés de la Psicopatología radica en la naturaleza y las causas de la conducta anormal o psicopatológica. Sin embargo, es difícil definir absolutamente y con total precisión lo que debe entenderse por conducta anormal o psicopatológica, por lo cual es útil conocer cuales son los criterios o parámetros que nos permitirán al campo de lo anormal o psicopatológico.

### **NORMALIDAD Y ANORMALIDAD:**

A continuación definiremos algunos criterios que pueden auxiliarnos para aproximarnos a la conducta normal y anormal.

### **LA CONDUCTA NORMAL:**

Diversos especialistas han tratado de definir lo que es la conducta normal, así Zepeda refiere que se ha tratado de definir lo "normal" desde un punto de vista meramente estadístico, considerando que quienes se encuentran en la media de una curva de distribución normal son los sanos, mientras que los que se alejan de ella son los enfermos. También se ha tratado de diferenciar lo "normal" de lo "anormal", argumentando que es únicamente una diferencia de grado: yo puedo ser muy pulcro y escrupuloso al momento de lavarme las manos, pero si quiero lavármelas diez veces seguidas antes de considerar que las tengo limpias, entonces soy un obsesivo compulsivo. Un enfoque más es el de la norma cultural; según él, la sociedad de alguna forma convino en qué conductas va a considerar como normales y cuáles no, dependiendo de este acuerdo lo que es "normal" y lo que no lo es. Empleando un criterio de efectividad, se considera sanos a quienes con capaces de mantener el equilibrio fisiológico y psicológico.

Por otro lado, Offer y Sabsin , consideran que la normalidad puede entenderse de las siguientes formas:

1. Normalidad como salud: Se considera que un comportamiento está dentro de los límites normales cuando no se observa psicopatología. Para la perspectiva médica la ausencia de signos y síntomas es indicativa de salud. Se considera a la salud como un estado funcional razonable más que óptimo.

2. Normalidad como utopía: La normalidad se considera como una mezcla armoniosa y perfecta de los distintos elementos de la mente (ello, yo y superyó). Este criterio se basa en la definición de Freud: Un ego normal es como la normalidad en general: Un ideal de ficción.

3. Normalidad como promedio: Se basa en el principio matemático de la curva en forma de campana (curva de Gauss). Esta definición considera normal el rango medio, y ambos extremos se corresponden con las desviaciones de la normalidad. Se acepta como normal el comportamiento más frecuente en la población, en donde la patología sería la desviación con respecto a la media a ambos lados de la distribución Gaussiana.

4. Normalidad como proceso: Enfatiza la dimensión corporal y adaptativa de funciones psíquicas, en donde la normalidad vendría definida por la homeostasis o equilibrio dinámico entre la persona y su medio físico y social.

#### CRITERIOS PARA DEFINIR LA NORMALIDAD PSÍQUICA:

Por otra parte, también existen muchos criterios que pueden auxiliarnos a determinar cuando estamos en presencia de la normalidad psíquica. A continuación se enuncian algunos criterios de salud mental o de normalidad psíquica que señalan un adecuado funcionamiento mental:

- Sentido propio de la identidad y la cohesión interna, que va unido aun conocimiento de uno mismo, de las propias motivaciones, deseos y emociones.
- Sentido de la autoestima, ajustado a la realidad. Significa sentirse satisfecho y en paz con uno mismo, con el desarrollo de su "Yo ideal" que sirve de referencia para la evolución en continuo perfeccionamiento personal.
- Sentimiento de seguridad, de ser aceptado en el mundo social.
- Capacidad para aceptar y dar afecto.
- Responsabilidad hacia el grupo social y familiar en el que el sujeto se desenvuelve.
- Capacidad-no problematizada- de lograr una satisfacción de las necesidades biológicas: hambre, sexualidad, sueño y descanso, etc.
- Capacidad para ser productivo y sentirse creativo y feliz en lo cotidiano.
- Desarrollo de un sistema axiológico, coherente y aceptado con responsabilidad.
- Ausencia de tensión y de hipersensibilidad.

- Presencia de un firme anclaje en la realidad, sin percepciones distorsionadas, de la misma ni expectativas no adecuadas a ella.
- Resistencia al estrés y a la frustración. En función de la existencia de mecanismos de defensa del Yo y su capacidad de enfrentarse eficazmente con los conflictos.

### **LA CONDUCTA ANORMAL:**

Hansell y Damour señalan los siguientes conceptos centrales que debemos tomar en cuenta para poder definir la anormalidad:

A) La importancia del contexto para definir y entender la anormalidad.

Sólo podemos etiquetar una conducta como anormal si consideramos el contexto situacional en el que ocurre; las conductas que son normales en un contexto determinado podrían ser consideradas anormales en otro. Además, la conducta anormal es generalmente más entendible cuando es vista en el contexto de la historia de vida y los acontecimientos vitales de la persona. Finalmente, las variables del contexto demográfico como la edad, el género, la cultura y la clase social influyen en la definición, clasificación, explicación y tratamiento de las conductas anormales.

B) El continuo entre la conducta normal y anormal.

Los síntomas emocionales y conductuales ocurren dentro de un continuo que va de lo menos a lo más severo, y muchas formas de anormalidad son versiones exageradas de sentimientos y conductas normales. La línea divisoria entre las conductas normales y anormales nunca está enteramente claro, pero el campo de la Psicología Anormal ha desarrollado criterios que nos ayudan a hacer esta distinción.

C) El relativismo histórico y cultural al definir y clasificar la anormalidad:

La definición y clasificación de la conducta anormal varía considerablemente a través de los diferentes periodos históricos y las diferentes culturas. Como resultado de ello, no podemos hacer afirmaciones universales y absolutas de lo que constituye la conducta anormal, y siempre tendremos que estar conscientes de los lentes históricos y culturales a través de los cuales vemos el concepto de anormalidad.

D) Las ventajas y desventajas del diagnóstico.

Como otros campos científicos la Psicología Anormal cuenta con un sistema de categorías para clasificar su objeto de estudio. Estos sistemas diagnósticos tienen la ventaja de facilitar el tratamiento, la investigación y la enseñanza de la Psicología Anormal. Pero los sistemas diagnósticos en la Psicología Anormal tienen también limitaciones importantes; pueden simplificar

demasiado problemas complejos, y un diagnóstico de enfermedad mental puede ser estigmatizante y desmoralizante para la persona que está siendo diagnosticada.

E) El principio de la causalidad múltiple.

Los trastornos mentales pueden ser el resultado de una amplia variedad de causas: algunas predisposiciones, algunas precipitantes, algunas psicológicas, algunas biológicas, algunas causas internas relativas a la persona afectada y otras externas relativas al ambiente. La mayoría de los trastornos implican causas múltiples que interactúan. Asimismo, muchas perspectivas teóricas diferentes coexisten dentro del campo de la Psicología Anormal. Cada perspectiva teórica tiene alguna contribución importante que hacer, y el campo de la Psicología Anormal se está orientando hacia las explicaciones y tratamientos que combinan componentes de varias teorías.

F) La conexión entre la mente y el cuerpo.

Un entendimiento concienzudo de la Psicopatología requiere que comprendamos la conexión entre la mente y el cuerpo. Sabemos que las anomalías cerebrales pueden causar síntomas emocionales, y, a la inversa, que el sufrimiento emocional puede causar síntomas físicos. Como resultado, es importante poner atención a la interrelación entre el funcionamiento psicológico y físico de una persona para poder explicar y tratar la conducta anormal.

### **CRITERIOS PARA ETIQUETAR LA CONDUCTA ANORMAL:**

De acuerdo con Rosenhan y Seligman (1989), existen siete criterios que pueden utilizarse para etiquetar el comportamiento como "anormal":

- 1.- Malestar o deterioro. Un individuo experimenta malestar personal o deterioro en su funcionamiento, lo que produce un riesgo de menoscabo físico o psicológico, o pérdida de la libertad para actuar.
- 2.- Desadaptación. Un individuo actúa de tal forma que entorpece sus metas, no contribuye a su bienestar personal o interfiere mucho con las metas de otros y las necesidades de la sociedad. Una persona que bebe tanto que no puede mantener un empleo o que pone en peligro de la vida de otros debido a su intoxicación, manifiesta una conducta desadaptada.
- 3.- Irracionalidad. Un individuo actúa o habla de manera irracional o incomprensible para otros. Un hombre que responde a voces que no existen en la realidad objetiva, se comporta de manera irracional.

4.- Conducta impredecible. Un individuo que actúa de forma impredecible o errática de una situación a otra, como si experimentara una pérdida del control. Un niño que golpea su puño contra una ventana sin ninguna razón aparente, manifiesta una conducta impredecible.

5.- Poca convencionalidad y rareza desde el punto de vista estadístico. Un individuo se comporta en formas estadísticamente raras y que violan las normas sociales o lo que es aceptable o deseable. Sin embargo, el simple hecho de ser poco común desde el punto de vista estadístico, no produce juicio psicológico de anormalidad. Por ejemplo, un nivel muy alto de inteligencia es sumamente raro, pero se considera indeseable, por lo que con frecuencia se califica como anormal.

6.- Incomodidad del observador. Un individuo provoca incomodidad en los demás al hacerlos sentir amenazados o molestos de alguna forma. Una mujer que camina a la mitad de la calle, hablando en voz alta consigo misma, crea incomodidad en otros peatones que tratan de evitarla.

7.- Violación de normas morales e ideales. Un individuo viola las expectativas de la forma en que nos debemos comportar, en relación con las normas sociales. Con este criterio, un individuo podría ser considerado anormal si no desea trabajar o no cree en dios. Este criterio de la anormalidad también es importante en situaciones legales.

Para poder etiquetar una conducta como “anormal”, más de un indicador debe estar presente y ser válido. Cuanto más extremos y preponderantes sean los indicadores, habrá mayor confianza en el señalamiento de una condición como anormal. Ninguno de estos criterios es condición necesaria, compartida por todos los casos de anormalidad. También es verdad que ningún criterio por sí solo es condición suficiente para distinguir todos los casos de conducta anormal de aquellas variantes normales del comportamiento.

## **DIVERSAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS SOBRE LA CONDUCTA ANORMAL.**

Siguiendo a Alloy y Jacobson , podemos señalar como las diversas perspectivas teóricas explican la conducta anormal:

A) PERSPECTIVA BIOLÓGICA: Esta perspectiva biológica se enfoca en la interacción entre el funcionamiento físico y psicológico de las personas. La mente y el cuerpo son dos aspectos de una compleja entidad única. El estrés psicológico y la enfermedad física se influyen recíprocamente. Lo discutible es que encontrar una predisposición genética o un desequilibrio químico que acompañe a un trastorno determinado no necesariamente significa que el factor orgánico sea el único o aún la causa principal de dicho trastorno.

B) PERSPECTIVA PSICODINÁMICA: Esta perspectiva asegura que gran parte de nuestra conducta no es el resultado de nuestra elección consciente sino que es dirigida por el inconsciente,



por fuerzas internas, que a menudo reflejan nuestras experiencias infantiles y relaciones familiares. La perspectiva psicodinamica ha sido criticada su falta de evidencia experimental, su dependencia en las deducciones, muestreo poco representativo, prejuicios culturales (especialmente respecto a las diferencias de género) y un retrato negativo de la conducta humana. Sin embargo, esta teoría psicodinamica ha jugado un rol muy importante al desmitificar la conducta anormal descubriendo la irracionalidad de la vida diaria y mostrando que la conducta normal y anormal no son categorías muy distintas como puntos en un continuum.

C) PERSPECTIVA COGNITIVA: La perspectiva cognitiva en Psicología comienza con un interés en la cognición o el procesamiento mental de la información. Los problemas psicológicos surgen de ideas irracionales (Ellis) o pensamientos distorsionados (Beck). Esta perspectiva ha sido criticada por no ser científica ya que hasta cierto punto se basa en deducciones y por confundir las causas secundarias con las primarias. Al mismo tiempo, la perspectiva cognitiva es más científica que algunas otras perspectivas en el hecho de que pone énfasis en variables operacionalizadas y medición empírica de la memoria, la asociación y las expectativas.

D) PERSPECTIVA CONDUCTUAL: Esta perspectiva ve a la conducta como resultante en la misma manera de la interacción de nuestra dotación genética y nuestra historia de aprendizaje. De este modo, los conductistas prefieren hablar de conducta "inadaptada" más que de conducta anormal y evitan asignar a la gente categorías específicas de diagnóstico. Esta perspectiva ha sido criticada de sobresimplificante y determinista y como un posible medio de coerción política. Al mismo tiempo, las aproximaciones conductistas a la objetividad y experimentación se han vuelto una norma en la investigación psicológica, y el conductismo en gran parte ha desestigmatizado la conducta anormal.

E) PERSPECTIVA FAMILIAR SISTÉMICA: De acuerdo a esta perspectiva las causas de la conducta anormal pueden ser encontradas en patrones habituales de las relaciones, generalmente dentro de la familia. De acuerdo a la teoría de la comunicación, la psicopatología surge de patrones familiares de comunicación. ambiguos, contradictorios y hostiles. Esta perspectiva aún tiene que convertirse en una seria y unificada perspectiva psicológica, en parte porque sus afirmaciones son muy modestas y en parte porque algunos de sus descubrimientos no se han sostenido en estudios posteriores.

F) PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL: Esta perspectiva sostiene que la raíz de la conducta anormal no recae en la mente sino en la sociedad. Una teoría es que los males sociales como la pobreza y la discriminación empujan a la gente hacia la Psicopatología. Otra teoría dice que la clase y la raza de las personas influencia la forma en que sus problemas son diagnosticados y el tratamiento que reciben. Nadie discute que los factores socioeconómicos y variables culturales pueden contribuir a las alteraciones psicológicas, pero el grado de que estas sean causas o efectos

es debatible. Particularmente controversial es la teoría de que el sólo hecho de etiquetar sea responsable de la ocurrencia desproporcionada de Psicopatología entre los pobres.

### **LA DIFERENCIA ENTRE LA CONDUCTA NORMAL Y ANORMAL:**

La diferencia entre normal y anormal no es tanto una diferencia entre dos tipos independientes de conducta, sino más bien una cuestión de grado en que los actos de una persona cumplen un conjunto de criterios acordados de anormalidad. Gerrig y Zimbardo señalan que es mejor entender al trastorno mental como un continuo que va de la salud mental a la enfermedad mental.

Continúo de la salud mental.

Debido a que la diferencia entre normal y anormal es relativa y no absoluta, es útil considerar a la salud mental como un continuo. En un extremo se encuentran las conductas que definen la salud mental óptima; en el otro extremo están las conductas que definen una mínima salud mental. Entre ellos encontramos incrementos graduales de conductas desadaptadas.

### **EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.**

Las sociedades primitivas creían que la enfermedad se debía a que los demonios u otras fuerzas espirituales tomaban posesión y controlaban a la persona. Por su parte, los griegos fueron quienes entendieron a la enfermedad como un fenómeno natural que surgía como consecuencia de un desequilibrio entre los humores que circulaban el cuerpo.

Durante la Edad Media la enfermedad era entendida en términos espirituales puesto que se consideraba que la violación a las leyes divinas desembocaba en la enfermedad mientras que en el Renacimiento la enfermedad fue concebida nuevamente como un fenómeno natural.

Posteriormente en el siglo XIX se desarrolló la teoría del germen con lo cual las tasas de mortalidad declinaron sensiblemente y en el siglo siguiente, o sea durante el siglo XX la Organización Mundial de la Salud definió a la salud como el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente como la ausencia de dolencias o enfermedades, con lo cual apareció el modelo biopsicosocial de salud superando así la noción de salud que tenía el modelo biomédico.

### **EL MODELO BIOMÉDICO:**

Para explicar los conceptos de salud y enfermedad este modelo se basa en dos ideas básicas; el dualismo mente-cuerpo y el reduccionismo, por lo cual sostiene que la enfermedad se limita a una serie de reacciones físicas y químicas, por lo cual los factores emocionales y de comportamiento son considerados como aspectos ajenos a él. Así, por ejemplo, la depresión es una alteración de los neurotransmisores.

Este modelo concibe la salud como la ausencia de alteraciones y de enfermedad. Se concibe al cuerpo como una máquina gobernada por principios biomecánicos por lo que se limita a la comprensión de los procesos biológicos y bioquímicos. Quienes siguen este modelo consideran que cada proceso patológico es independiente de los estados emocionales del individuo y de su comportamiento.

La psiquiatría biológica se basa en la premisa de que las alteraciones emocionales están originadas en alteraciones de neurotransmisores y pretende manejarlas sólo en términos bioquímicos, sin considerar las interacciones consigo mismo y con los demás, lo cual implica el rechazo de una visión holística e integrativa.

### **EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL:**

De acuerdo con Labiano , este modelo se basa en el principio de que tanto la salud como la enfermedad están multideterminadas, es decir, que las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen, pues intervienen tanto elementos de macroprocesos (tales como contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, etc.) como otros de microprocesos (cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, etcétera). Este modelo concibe a la salud como un proceso-estado que se alcanza cuando hay armonía biológica, psicológica y con el entorno socioambiental. Por el contrario, la enfermedad se presenta cuando hay un desequilibrio en dichas esferas. De acuerdo con este modelo, se requiere una perspectiva amplia e integrativa para comprender las alteraciones y elaborar un diagnóstico. La Psicología Anormal a diferencia de la Psiquiatría Biológica se basa en el principio de la causalidad múltiple, es decir, considera que los trastornos mentales pueden ser el resultado de una amplia variedad de causas: predisposiciones genéticas, eventos precipitantes, algunas psicológicas, algunas biológicas, algunas causas internas relativas a la persona afectada y otras externas relativas al medio ambiente.

## **Psicopatología 1**

### **Concepto de psicopatología.**

Es el estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales. Puede desarrollarse según distintos enfoques o modelos, como el biomédico, el psicodinámico, el socio-biológico y el conductual, entre otros.

Las diferentes alteraciones que se dan en el niño y adolescente que se pueden diferenciar en el DSM- IV y en el CIE-10, tienen 4 criterios generales, los mismos que los veremos a continuación:

1. Tienen un comienzo antes de los 18 años.
2. Resulta clínicamente evidente, el daño o manifestación de la sintomatología,
3. Se pone de manifiesto al menos en un área de acción del sujeto que puede ser: familiar social, laboral o escolar.
4. La sintomatología se presenta de manera estable por un periodo no menor a 6 meses.

Estos cuatro criterios son válidos para todas las entidades presentes, que a su vez se agrupan en 3 categorías principales, 25 subgrupos y 80 subcategorías.

Dentro de las tres categorías principales tenemos:

### **RETRASO MENTAL**

- a) Retraso Mental Leve
- b) Retraso Mental Moderado
- c) Retraso Mental Grave
- d) Retraso Mental Profundo
- e) Otros Retrasos Mentales
- f) Retraso Mental SOE

### **TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO**

- a) Trastornos Específicos del Desarrollo del Aprendizaje Escolar.
- b) Trastornos Específicos del Desarrollo Psicomotor
- c) Trastornos Específicos del Desarrollo Mixto
- d) Trastornos Generalizado del Desarrollo
- e) Otros Trastornos del Desarrollo Psicológico
- f) Trastornos del Desarrollo Psicológico Sin Especificación

### **TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO.**

- a) Trastornos del comportamiento
- b) Trastornos Hipercinéticos
- c) Trastornos Disociales
- d) Trastornos Disociales y de las Emociones Mixtas
- e) Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia
- f) Trastornos del comportamiento social del comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- g) Trastornos de Tics
- h) Otros Trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- i) Enuresis no Orgánica
- j) Encopresis no Orgánica
- k) Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia
- l) Pica en la infancia
- m) Trastornos de estereotipias motrices
- n) Tartamudeo
- o) Farfullero
- p) Constipación de causas psicógenas
- q) Otros Trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- r) Trastorno Mental Sin Especificación

### **PARASOMNIAS (TRASTORNO DEL SUEÑO Y DEL DORMIR)**

- a) Terrores Nocturnos
- b) Pesadillas

### **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

- a) Anorexia Nerviosa
- b) Bulimia

### **TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PSICOSEXUAL**

- a) Trastorno de la Identidad de Género

Todos los sub grupos “sin especificación” son categorías diagnosticas difusas, y no constituyen y no constituyen, a la mejor determinación, de la sintomatología y criterios etiológicos, o por lo que no favorecen a la elaboración, de estrategias interventivas debiendo evitarse su utilización.

Por otra parte existen otras entidades psicopatológicas, que cumplen con los 4 criterios generales de clasificación de los trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. Pero no han

sido incluidos en ningún grupo o subgrupo y alguno de ellos tiene una frecuencia importante en la consulta psicológica. Entre estos tenemos:

Parasomnias (trastornos del sueño y de dormir)

- Sonambulismo
- Terror nocturno
- Pesadillas

Trastornos de la conducta alimentaria o Desorden alimenticio

- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastorno de la conducta alimentaria no especificado; incluye el trastorno por atracón

Trastorno de ingestión y de la conducta alimentaria en la infancia o niñez

- Pica
- Trastorno de la rumiación
- Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez

Trastornos de identidad psicosexual

- Trastorno de identidad de Género
- Trastornos de la identidad sexual (disforia de género)
- Trastorno sexual no especificado

## **CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

Principales alteraciones biológicas de comienzo habitual de la infancia y la adolescencia **F70-79**

### **RETRASO MENTAL**

F70 Retraso mental leve.

F71 Retraso mental moderado.

F72 Retraso mental grave.

F73 Retraso mental profundo.

F78 Otros retrasos mentales.

F79 Retraso mental sin especificación (SOE).

### **F80 - F89 TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO**

F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.

F80.0 Trastorno específico de la pronunciación.

F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje.

F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje.

F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffener).

F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.

F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación

### **F81 Trastorno Específico del Desarrollo De Aprendizaje Escolar**

F81.1 Trastorno De la Ortografía

F81. 2Trastorno del Cálculo

F81.3Trastorno Mixto del Desarrollo Del aprendizaje Escolar

F81.8 Otros Trastornos Específicos del Desarrollo del Aprendizaje Escolar

F81.9 Trastornos Específicos del Desarrollo del Aprendizaje Escolar Sin Especificación

F82 TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

F83 TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO MIXTO

### **F84 TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO**

F84.0 Autismo Infantil

F84.1 Autismo Atípico

F84.2 Síndrome de Rett

F84.3 Otros trastornos desintegrativos de la infancia

F84.4 Trastornos Hipercinético con retardo mental y movimientos estereotipados

F84.5 Síndrome de Asperger

F84.9 Trastorno Generalizado del Desarrollo No Específico

F88 OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

F89 TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO SIN ESPECIFICACIÓN

## **CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE)**

La organización mundial de la salud ha clasificado las enfermedades de forma estadística, no solo de los trastornos mentales sino también de otras enfermedades y estados patológicos. Se trata de un instructivo esencial para la recolección y contrastación de datos sobre índices de morbilidad y

mortalidad, a escala internacional, en la que los trastornos mentales han ido adquiriendo un lugar más prominente.

A continuación presentaremos la evolución que ha tenido desde su primera publicación los aspectos generales más importante de esta clasificación.

Versión del CIE- 10

### **Aspectos generales:**

En los principios, la OMS no incluía en su clasificación ninguna sección dedicada a los trastornos mentales. La clasificación original denominada lista internacional de causas de muerte se basaba únicamente, como indica su nombre para codificar las causas de muerte, en la quinta revisión que se realizó en 1938 se incluyó una sección aparte para los trastornos mentales, a los que se les asignó una categoría de 3 dígitos, con 4 subcategorías, en la sección de las enfermedades del Sistema Nervioso y de los órganos de los sentidos: Deficiencia mental, esquizofrenia, psicosis maniaco- depresiva y trastornos mentales restantes.

La conferencia para la revisión sexta fue en 1948 extendió la clasificación para incluir no solo las causas de muerte sino también, las causas de morbilidad. De este modo en el CIE-6 contiene la primera sección independiente de trastornos mentales.

En el CIE- 7 no se hicieron muchos cambios. La clasificación de los trastornos mentales que se vieron en CIE-6 y la del CIE-7 no fueron bien acogidas por la Comunidad Internacional de Psiquiatría, por lo que apenas se utilizó (lo que se dé Stengl 1959).

Debido a la importancia que fueron tomando los trastornos mentales como problemas internacionales de salud pública, se puso entonces aquí en evidencia la urgente necesidad de una clasificación de los trastornos mentales internacionalmente aceptados. De acuerdo con esto la OMS desarrolló un programa activo de revisión de la forma y contenido de la clasificación de manera que esta reflejará, conocimientos nuevos de estas categorías y características diferenciales de los trastornos mentales específicos y su diagnóstico y tratamiento que se tuvieron en cuenta en el capítulo de los trastornos mentales del CIE-8.

La novena edición de clasificación del CIE-9, OMS 1978, supuso a esta una nueva serie de cambios a la revisión anterior. Algunos de los nuevos elementos en la sección del trastorno mentales del CIE- 9 fueron el producto de la reformulación de varias categorías. Se incluyeron los trastornos afectivos y los estados psiquiátricos específicos en la infancia, siendo esta la primera versión del CIE en la que aparecen los trastornos infantiles.



A pesar de las diferentes modificaciones que se hicieron en las clasificaciones, la CIE- 9 resulto insatisfactoria, ya que no incluía criterios diagnósticos ni un sistema multiaxial, debido a que su principal función, era establecer categorías con la finalidad de hacer más fácil la recogida de datos estadísticos referentes a la salud pública. Tras este desencanto producido por la ausencia de especificidad de la CIE-9 se tomo la decisión de llevar a cabo una extensa modificación, para su uso en E.E.U.U., convirtiéndose en CIE-9 MC (Modificación Clínica).

En 1992, la organización mundial de la salud (OMS) publica la décima edición de la clasificación Internacional de las enfermedades, conocida como CIE-10, con un capítulo dedicado a los “trastornos mentales y del comportamiento”. En este sistema; los trastornos psicológicos, se agrupan en 10 secciones, esto lo hace por razones administrativas, relacionadas con el sistema de codificación alfa numérico, empleado en esta clasificación. Tres de estas secciones están dedicadas a los trastornos infantiles.

El CIE-10 es mucho más amplio que CIE -9, aumentándose considerablemente el número de categorías disponibles para la clasificación. El capítulo que trata de los trastornos mentales en el CIE -9, solo contenían 30 categorías, mientras que en el CIE -10 se incluyen 100 categorías. Esta nueva versión contiene una presentación multiaxial (al igual que el DSM-III) así como una versión para la práctica psiquiátrica infantil y otra para investigación, de forma que se cubra las necesidades de los distintos usuarios (clínicos, investigadores, estadísticos, especialista, entre otros).

Los trastornos infantiles se agrupan en tres secciones diferentes denominadas “Retraso mental” “Trastornos del desarrollo psicológicos”, “Trastornos del conocimiento y de las emociones de comienzo habitual de la infancia y la adolescencia”, aun que al igual que en el DSM, las categorías que aparecen en otras secciones, también pueden utilizarse en el diagnóstico infantil. La terminología empleada en CIE-10 es muy parecida a las que se utiliza en el DSM-III-R, aunque presenta diferencias sustanciales en la clasificación y agrupación de los trastornos infantiles.

En CIE -10, se presenta una descripción de cada trastorno, el diagnóstico diferencial y los principales síntomas a tener en cuenta para el diagnóstico. La mayor compresión de los trastornos del CIE-10 en comparación del CIE-9 conduce a una disminución de la prevalencia del trastorno lo que puede afectar a la política del servicio de atención psicológica y psiquiátrica.

Refiriéndonos a la terminología se mantiene el vocablo neurosis, a pesar de que la diferenciación entre neurosis y psicosis ya no es un criterio principal para clasificar los trastornos como sucede en el CIE -9. Por otro lado, en capítulo V se utiliza el término trastorno en lugar de enfermedad.

A pesar del avance del CIE -10, supone respecto a la conceptualización de los trastornos psiquiátricos infantiles y de la adolescencia, y que están en la base de una mayor fiabilidad del diagnóstico, todavía es necesario revisar algunas subcategorías, esto es concretamente en lo que se refiere a los criterios específicos de la edad y la validez de las distinciones diagnósticas. No obstante en el CIE -10 presentan algunos puntos positivos, que en opinión de algunos científicos e investigadores de este tema como (Rutter 1989) son los siguientes:

1. Su utilidad clínica por la forma flexible en la que están descritos los trastornos
2. Es un instrumento útil en la formación de los profesionales por la forma explícita en las que se presentan los conceptos y por la acumulación de conocimientos que contienen.
3. Su capacidad para adaptarse a los conocimientos nuevos.

En definitiva el CIE -10, también presenta problemas y limitaciones similares a los comentados en los anteriores, a propósito de las últimas versiones del sistema del DSM aunque agravados por el hecho de que las pautas diagnósticas, las descripciones clínicas, y las reglas de decisión son aun más imprecisas (Fernández y Luciano, 1979)

	<b>ENTIDAD</b>	<b>CI</b>	<b>%</b>
F 70	RML	50 – 55 a 69 – 70	85
F 71	RMM	35 – 40 a 50 – 55	10
F 72	RMS	20 – 25 a 35 - 40	3 -4
F 73	RMP	20 -25	1 - 3
F 74	RMG	Inespecificado	
F 78	RM Sin Especificación		

## **RETRASO MENTAL**

La definición acerca del retardo mental se refiere al funcionamiento intelectual por debajo de un CI de 70 de acuerdo con los puntajes estándar que se obtienen en una población general, y que se traduce en déficits cognoscitivos, y comportamentales.

Pirozzolo (1985), le cataloga como un funcionamiento intelectual por debajo del promedio de la población, que se manifiesta durante el período del desarrollo (hasta antes de los 18 años) y que se asocia con desadaptación en el comportamiento social.

En CIE 10 se conceptúa como un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto y detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de

cada etapa del desarrollo y que contribuye al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, psicomotrices y las de socialización. Las características del retardo mental hacen referencia, más que a una enfermedad, a una serie de trastornos cognoscitivos globales y conductuales que afectan generalmente a la adaptación general del sujeto a su medio, le limitan en las adquisiciones académicas y en los requerimientos laborales complejos. Comparado con el niño normal es factible encontrar diferencias señaladas tanto en el proceso de desarrollo como en las manifestaciones cualitativas de sus funciones. Así, el desarrollo psicomotriz y del lenguaje es lento y torpe manteniendo características correspondientes a niños de menor edad. Se aprecian defectos atencionales, médicos, sensoriales, práxicos, adaptativos, y comportamentales que son variados de acuerdo con el nivel en el que se encuentren o a la etiología del trastorno.

Aparte de estas diferencias cualitativas, para su clasificación se han tomado criterios cuantitativos que miden los déficits cognoscitivos correspondientes a dimensión intelectual y escalas comportamentales que evalúan las dificultades adaptativas en la dimensión conductual juzgando el grado en el que el sujeto puede responder satisfactoriamente ante las demandas culturales y sociales. Usualmente son mayormente empleadas las pruebas de inteligencia como indicadores y predictores de la capacidad del individuo. Las más usadas en nuestros medios son las de Wechsler para niños, Binet-Terman, Terman-Merrill, Gessell, entre otras.

De acuerdo con los puntajes, se obtienen las siguientes categorías:

- Retardo Mental Leve cuyos coeficientes intelectuales están entre 69 y 55.
- Retardo Mental Moderado con coeficientes intelectuales entre 54 y 40.
- Retardo Mental Severo con coeficientes intelectuales entre 39 y 25 y.
- Retardo Mental Profundo con coeficientes intelectuales inferiores a 25.

La etiología del retardo mental es múltiple. Al respecto, Ardila y Rosselli en (1992), se refieren a dos tipos de factores etiológicos, el cultural y el orgánico. El primero a una consecuencia de factores sociales y familiares constituyendo el 75% de los casos de retardo. El orgánico es secundario a factores accidentales de tipo cromosómico, infeccioso, metabólico, trauma perinatal y se asocia con características defectuosas de tipo físico y mental.

Los mismos autores agrupan las etiologías más importantes del siguiente modo:

**Patología prenatal:** relacionada con alteraciones del desarrollo intrauterino las mismas que generan anormalidades morfogenéticas (esto es alteraciones histológicas sin cambios evidentes de las configuraciones cerebrales) y mal formaciones morfoquinéticas con alteraciones claras de la

configuración cerebral que producen por ejemplo, hidrocefalia, lisencefalia, agenesia del cuerpo calloso y del lóbulo temporal.

**Patología perinatal:** Tiene que ver con traumas cerebrales durante el parto por hipoxia, hipoglicemia, o trauma físico directo. Las alteraciones motoras y cognitivas secundarias al trauma perinatal son conocidas como parálisis cerebral. Este trastorno presenta alteraciones motoras del tipo cuadripléjico, dipléjico, atáxicas y disquinésico. No siempre existe una relación directa entre los defectos motores y los trastornos cognoscitivos, en ocasiones puede haber déficit cognitivos sin trastornos motores (o lo contrario) y en ocasiones se presentan juntos. Las causas más frecuente de parálisis cerebral es la hipoxia cerebral que produce daños de los ganglios basales de tipo difuso, siendo selectivamente alteradas las células piramidales del hipocampo, cerebelo, ganglios subcorticales y las capas profundas de la corteza.

**Patologías metabólicas:** el trastorno más frecuente de este tipo es la fenilcetonuria caracterizada por niveles altos de ácido fenilpirúvico que se asocia con la incapacidad para metabolizar la fenilalanina, defecto transmitido en forma autosómica. Detectada a tiempo puede ser tratada con resultados positivos antes de los 6 meses. Otras alteraciones cognoscitivas pueden ser causadas por deficiencias de tiamina, yodo, niacina y déficit nutricionales.

**Patología infecciosa:** asociada con meningitis, abscesos, virus. La más frecuente es la rubeola que usualmente produce retardo mental asociado con ceguera, sordera, malformaciones físicas y trastornos en el lenguaje.

**Patología Tóxica:** como la intoxicación con plomo.

**Patología cromosómica:** son más frecuentes los trastornos asociados a la herencia poligenética debida a la combinación defectuosa de genes que contribuyen los 75% de los casos de retardo mental, antes que los desórdenes cromosómicos. En este tipo de patología el síndrome de Down es el más frecuente. La trisomía del cromosoma 21 es la causa del trastorno denotando, pliegue epicántico ocular y retraso en el desarrollo físico. No son usuales los trastornos de conducta, caracterizándose los sujetos más bien por ser colaboradores y afectuosos. Tienden a presentar un envejecimiento prematuro y extrañamente los cambios cerebrales corticales son parecidos a los que presentan los pacientes con demencia de Alzheimer.

**Epilepsia:** la epilepsia suele asociarse aproximadamente con un 25% de niños portadores de retraso mental. Por otro lado, los niños que poseen epilepsia heredada suelen presentar capacidades intelectivas disminuidas a lo que se agrega que, las constantes crisis convulsivas por los TCE secuenciales y la hipoxia repetida, van produciendo efectos de deterioro.

## AUTISMO INFANTIL

Catalogado en las clasificaciones psiquiátricas como trastorno generalizado del desarrollo del desarrollo, es un síndrome, es un síndrome definido por la ausencia de respuestas sociales, acompañada por alteraciones profundas del lenguaje y en las habilidades para la comunicación. Los concomitantes comportamentales suelen ser respuestas estereotipadas, incapacidad para medir el peligro, aislamiento social y resistencia al cambio. Existe una alta incidencia asociativa entre el retardo mental y el autismo infantil aunque pueden apreciarse determinadas características que las diferencian. En ocasiones algunos autistas evolucionan favorablemente en la adolescencia y la adultez contrariamente a lo que sucede con el retardo mental que siempre se estanca en su desarrollo. Las diferencias más notables son las observadas en el lenguaje, lo que se evidencia en la disociación entre los puntajes verbales y no verbales obtenidos en las pruebas de inteligencia resueltas por niños autistas, hecho que no sucede en el retardo mental.

En los autistas, los puntajes verbales son generalmente muy disminuidos con relación a los no verbales. Las etapas del desarrollo del lenguaje del niño autista no siguen el patrón normal, observándose profundas regresiones en su curso. Existen incoherencias entre la forma gramatical y el contenido semántico del lenguaje.

### CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DE LOS RETRASOS MENTALES

Grado de retraso mental.	Maduración y desarrollo (0-5 años)	Entrenamiento y educación (6-20 años)	Adecuación social y vocacional (a partir de 21 años)
Profundo	Mínima capacidad de funcionamiento en las áreas sensoriomotoras, donde necesita cuidados asistenciales, se precisa supervisión y ayuda constante	Existe algún desarrollo motor, puede responder a entrenamiento limitado en la ayuda a sí mismo	Cierto desarrollo motor y lingüístico. Puede conseguir cuidados de sí mismo y muy limitados; necesitan cuidados y asistenciales.
Grave	Bajo desarrollo motor; lenguaje mínimo, generalmente incapaz de beneficiarse del entrenamiento en la ayuda así mismo; nulas o escasas facultades de comunicación,	Puede hablar o comunicarse, puede ser entrenado en hábitos sanitarios elementales, beneficia del entrenamiento sistemático de los	Puede contribuir parcialmente a mantenerse así mismo bajo supervisión, completa; puede desarrollar protección en sí mismo, hasta un nivel de utilidad mínima, en un ambiente controlado.

		hábitos; es incapaz de beneficiarse, de entrenamiento profesional,
Moderado	Puede hablar o comunicarse; baja conciencia social; desarrollo motor bueno; se beneficia del entrenamiento en la ayuda así mismo; puede ser manejado con supervisión moderada.	Puede sacar provecho del entrenamiento en habilidades sociales y ocupacionales; improbables que progrese por encima del segundo nivel; puede aprender a viajar solo, en lugares familiares.
Leve	Puede desarrollar habilidades sociales y de comunicación; con mínimo retraso en las áreas sensoriomotoras; a menudo no es distinguible en las personas normales hasta una edad avanzada.	Puede aprender, materias académicas hasta aproximadamente el 6to grado, al final de la segunda década.; puede ser guiado a conseguir la conformidad social.
		Habitualmente pueden conseguir habilidades sociales y vocaciones adecuadas a una auto ayuda mínima; pero puede necesitar asesoramiento, cuando se encuentra en situaciones de tensión social, o económicas inhabituales.

### COMPARACIÓN ENTRE LA CIE – 10 Y EL DSM – IV

La elaboración de la CIE- 10 y el DSM IV ha sido realizada en estrecho contacto y colaboración, lo cual ha dado lugar a una influencia mutua entre ambas clasificaciones. Esto ha permitido que los códigos y los términos del DSM – IV sean totalmente compatibles con los de la CIE – 9 CM y con los de la CIE – 10. La enorme cantidad de consultas que se han realizado entre los autores de la CIE- 10 y del DSM- IV ha resultado muy útil a la hora de conseguir y aumentar la congruencia y reducir las diferencias poco significativas entre los términos de los dos sistemas (APA, 1994)

No obstante, existen algunos trastornos en la Cie – 10 que no se incluyen en el DSM – IV. No obstante algunos de estos trastornos son la afasia adquirida con epilepsia, o síndrome de Landau – Kleffener, el trastorno específico de la ortografía, el trastorno hiperkinético disocial, los trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia, el Farfulleo, algunos trastornos disociales y otros trastornos no especificados.

## **CONCLUSIONES**

El objetivo del presente capítulo ha sido presentar los diferentes sistemas de clasificación que se han venido desarrollando desde principios de nuestro siglo hasta la fecha en el contexto de psicopatología infantil. Si bien somos conscientes de que hoy en día todavía no existe consenso sobre la clasificación de los trastornos infantiles, las investigaciones y los conocimientos sobre el tema ponen de manifiesto el reconocimiento a todos los niveles de los problemas de la infancia, y la necesidad de que éstos sean considerados desde una óptica distinta de la aplicada a la de los adultos.

El sistema de clasificación más utilizado en la actualidad es el DSM, en la que los trastornos infantiles han ido adquiriendo un lugar cada vez más importante. Desde la primera versión, en la que únicamente se consideraban dos categorías diagnósticas, se han ido elaborando diferentes versiones hasta llegar a la DSM – IV, versiones que han aportado una mayor validez y utilidad al diagnóstico infantil.

Si bien es cierto que todo sistema de clasificación tiene sus limitaciones, su uso puede ser de gran utilidad si se emplea como una guía u orientación, en combinación con diferentes técnicas de evaluación y con información proveniente de otras fuentes. No hemos de olvidar que estamos tratando con niños, que como tales, merecen que el estudio de su caso particular sea considerado con prudencia y con una base sólida en la cual apoyarse.

El hecho de basarse en un sistema de clasificación para realizar el diagnóstico no significa que poseamos toda la información que lo describe.

Si lo que se persigue es orientar el tratamiento de un sujeto, el clínico necesitará mucha más información que evidentemente no aparece en ningún manual de clasificaciones, sino que ha de obtenerse por medio de una evaluación rigurosa y exhaustiva del caso concreto, de forma que a partir de ella pueda desprenderse el tratamiento más adecuado a seguir.

## **TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO**

Los trastornos del desarrollo psicológico incluyen el F 80 hasta el F89.

1. Su comienzo tiene lugar siempre en la primera o segunda infancia.
2. Un deterioro o retraso del desarrollo de las funciones que están íntimamente relacionadas con la maduración biológica del Sistema Nervioso Central.
3. Curso estable el mismo que no se ve afectado por las revisiones que tienden a ser características de muchos trastornos mentales.

En la mayoría de los casos las funciones afectadas son: el lenguaje de la visión y del espacio y de coordinación de movimientos. Lo característico es que el deterioro disminuya progresivamente a medida que los niños crezcan (esto es aún cuando en la vida adulta suelen persistir dificultades leves).

La historia suele decirnos que un retraso o deterioro que ha estado presente desde el momento en que sus manifestaciones fueran detectadas de forma estable y que sin que haya habido un periodo anterior de desarrollo normal. La incidencia de la mayoría de estos trastornos es igual en ambos sexos. También son las características importantes como antecedentes familiares de trastornos familiares o parecidos y en la etiología de muchos, pero no todos los casos, se supone que los factores genéticos desempeñan un papel importante. A menudo los factores ambientales influyen en el grado de las funciones afectadas, pero en la mayoría de los casos no tiene mayor influencia.

Sin embargo aunque hay acuerdos generales para el conjunto de definiciones para los trastornos de esta sección, en la mayoría de los casos la etiología es desconocida y existe mucha incertidumbre tanto para delimitarlos como para dividirlos. Por otra parte hay dos tipos de categorías que no satisfacen plenamente a las pautas de definición general.

Hay trastornos en los que indudablemente ha existido una fase anterior de desarrollo normal por ejemplo: el trastorno degenerativo de la infancia, el síndrome de Landau – Kleffener y ciertos casos de autismo. Por otra parte hay trastornos definidos primeramente en términos de desviación más que retraso en el desarrollo de las funciones, esto es para tomar como referencia específica al autismo.

Los trastornos autísticos los vamos a ubicar en esta sección aun cuando están definidos en términos de desviación, es constante en ello un cierto grado de retraso en el desarrollo. Más aun si existe una sola persona con otros trastornos del desarrollo tanto en los rasgos de los casos aislados como en la forma de cómo se agrupan en familias.



Estos trastornos constituyen una amplia gama de dificultades que se caracterizan por su especificidad, contrariamente con lo que sucede en el retardo mental, es un retraso generalizado.

La clasificación tiende a separarlos con nomenclaturas como:

Trastornos del aprendizaje, trastornos de la comunicación y lenguaje, y trastornos de las habilidades motoras; Trastorno específico del habla y lenguaje, y trastorno específico del desarrollo psicomotor.

El desarrollo cognoscitivo no sigue un patrón uniforme y por lo tanto circunstancial, aquí se observan áreas de mejor desarrollo.

Respecto a esto nos dieron Ardila y Rosselli, sobre los problemas específicos del aprendizaje cuando en un desarrollo cognitivo normal se presenta un área particularmente deficitaria y de la idiota cuando ante un desarrollo cognitivo deficitario se observa una habilidad que supera la normalidad, esto es o se puede evidenciar con frecuencia en la dislexia, dispraxia, disfasia, disfemia, dificultades espaciales, y utilizamos anteponiendo a esto la palabra dis y a para nombrar los defectos adquiridos (disfasia-apraxia, dispraxia- apraxia).

### **DIAGNÓSTICO Del TRASTORNO AUTISTA**

1. Gira sobre sí mismo por largos periodos
2. No atiende a estímulos sociales o del ambiente
3. Incluye pronombre (habla en tercera persona)
4. Su lenguaje es atonal y arrítmico
5. Se balancea por largos periodos
6. Agitado, movimientos bruscos, giros y pasos en punta de pie, columpiándose, golpeándose, etc.
7. Habilidades especiales en un área
8. Aplaude
9. Evita contacto con los ojos
10. Se resiste a ser tocado
11. No desarrolla amistades
12. Se cubre los oídos de cualquier ruido
13. No juegan apropiadamente
14. Mira a través de las personas
15. Repite frases
16. Rituales complicados

17. Mira fijamente al espacio por largos periodos de tiempo

### **SÍNDROME DE RETT**

1. Pérdida de los movimientos intencionales de las manos
2. Estereotipias: consiste en retorcerse las manos e hiperventilación.
3. El desarrollo social y lúdico se detiene entre el 1º y 3º año, pero el interés social suele manifestarse.

### **SÍNDROME DE ASPERGER**

1. Difiere del autismo porque no hay déficit o retraso del lenguaje o del desarrollo cognitivo.
2. La mayoría de los afectados son de inteligencia normal, pero suelen ser demasiados torpes desde el punto de vista motor.

### **TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL COMIENZO HABITUAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

De acuerdo al DSM- IV y al Cie -10, tenemos la siguiente clasificación:

- Trastornos Hipercinéticos
- Trastornos Disociales y de las emociones
- Trastornos Mixtos disociales y de las Emociones
- Trastornos de las Emociones del comienzo habitual de la Infancia y La adolescencia
- Trastornos de Tics

Otros trastornos del comportamiento y de las emociones del comienzo habitual de la infancia y adolescencia

✚ Trastornos de las emociones y del comportamiento que no aparecen en el DSM- IV dentro de estos están:

- Trastornos de ansiedad fóbica
- Trastornos de hipersensibilidad de la infancia
- Trastornos de rivalidad entre hermanos

Otros trastornos de las emociones en la infancia.

- Trastornos de las emociones en la infancia sin especificación.

- Trastornos del comportamiento social del comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

Otros trastornos del comportamiento social de la infancia y adolescencia.

- Trastornos del comportamiento social de la infancia y adolescencia sin especificación
- Trastornos de Tics

Otros trastornos de tics

Otros Trastornos de las emociones del comportamiento habitual de la infancia y adolescencia

- Farfuleo

Otros Trastornos de las emociones del comportamiento de la infancia y adolescencia no especificados

- Trastornos mentales sin especificación

## **GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO**

Trastornos por déficit de atención por el comportamiento (categoría, equivalente DSM- IV).

Estos casos se reportan entre el 3 y 5% de la población infantil.

- Seis o más de los síntomas siguientes de desatención persisten por lo menos 6 meses así como por ejemplo el grado de dificultad en la adaptación e inconsistencia por desarrollo.

### **DESATENCIÓN:**

- a) Frecuentemente no prestan atención a los detalles y cometen errores por descuido de las actividades escolares
- b) Con frecuencia tienen dificultades para mantener la atención en actitudes lúdicas.
- c) Con frecuencia parecen no escuchar, cuando le dirigen la palabra.
- d) Con frecuencia no siguen instrucciones y no terminan sus deberes escolares, tareas domésticas o deberes de otro tipo (no hay dificultades en comprensión)
- e) Con frecuencia tienen dificultades para organizar y tareas o actividades
- f) Evitan, rechazan, rehúsan, verse envueltos en tareas que impliquen constante esfuerzo mental
- g) Con frecuencia pierden objetos necesario para tarea y actividades, (lápiz, borrado, sacapuntas, etc.)

h) Son fácilmente distraídos por estímulos ajenos a sus tareas.

i) Con frecuencia presentan desintereses en las actividades diarias.

2) Seis o más de los síntomas de hiperactividad siguientes persisten por lo menos 6 meses, mal adaptado e inconsistente con su nivel de desarrollo.

## **HIPERACTIVIDAD**

A) Frecuentemente agitan las manos y los pies, y o se menean en el asiento.

b) Frecuentemente abandonan la sala o el asiento en situaciones que se espera que permanezcan sentados.

c) Frecuentemente corren o trepan en demasía, en situaciones en las que resulta inapropiado (en adolescentes suele ser inquietud)

d) Con frecuencia tienen dificultades para realizar silenciosamente actividades pasivas

e) Frecuentemente están acelerados “a mil por hora, a todo vapor”.

f) Frecuentemente hablan en demasía.

## **IMPULSIVIDAD**

A) Frecuentemente dan respuestas antes de que las preguntas sean formuladas.

➤ Algunos tienen dificultades para esperar su turno o momento

➤ Algunos frecuentemente interrumpen o se meten en asunto de otros.

A. Algunos de los síntomas de hiperactividad/ impulsividad que causaban daño estaban presentes antes de los 7 años

B. Algún daño causado por los síntomas están presentes en dos o más contextos (casa, escuela, etc.)

D) Debe haber evidencia clínicas claras de perjuicio en funcionamiento social, ocupacional o académico.

E) Los síntomas no son secundarios a otras enfermedades.

## **TRASTORNO DISOCIAL.**

El comportamiento en esta entidad se basa en el diagnóstico siguiente:

- 1) Grados excesivos de peleas o intimidaciones.
2. Crueldad hacia las otras personas o animales.
3. Destrucción grave de pertenencia ajena, incendio, robo.
- 4, Mentiras frecuentes.
5. Falta a la escuela o colegio y fuga del hogar.
6. Rabietas frecuentes
8. Graves conductas provocadoras: desafiantes y desobediencia persistente.

## **TRASTORNOS SEVEROS DE LAS EMOCIONES**

A este grupo representan los sujetos estudiados con las alteraciones psicológicas que están caracterizadas por un cuadro sobre ansioso con sintomatologías variadas, dentro de las cuales podrían estar presentes los mecanismos neuróticos de tipo obsesivo, fóbico o histérico.

Se estudiaron 69 sujetos, 31 varones y 38 mujeres entre los 18 y 11 años. Se observaron las siguientes características: fortaleza del trazo predominante, es medio con una tendencia es en segundo lugar al fuerte, con lo que podemos hablar de una tendencia al desarrollo o emplear menos energía para la realización de actividades.

El control muscular predominante es regular, lo que hace que no le podamos desestimar influyendo en muchos casos en la legibilidad del documento: estos pueden obedecer a descontroles provocados por las tensiones internas o dificultades con la atención. Ello hace que la calidad general se afecte calificándola como regular o mala, resultado en el que incluye no solo en el control muscular si no también en el resto de los indicadores como el caso del color y otras formas o estructuras que predominan en estos grupos.

Si recordamos el significado desde el punto de vista grafológico nos apuntaría hacia la inhibición, falta de expansividad, falta tan frecuente en los niños que no presentan alteraciones psicológicas. Mientras más pequeños sean los elementos mayores será del grado de inhibición del sujeto.

En un test figura, las figuras guardan proporción en mayor medida que los normales, lo que puede entenderse fácilmente si tenemos en cuenta en este subgrupo la meticulosidad y tendencia a la perfección que imponen los obsesivos.

Más del 50% de los sujetos afectan en sus representaciones elementos absurdos, distribuidos ilógicamente, elementos en el aire, seriaciones ordenadas de elementos o colores, todos estos indicadores apuntan hacia las dificultades en la expresión de las ideas dadas por: la incapacidad para mantener el curso inicial del pensamiento por problemas en la atención; falta de madurez o incapacidad para abarcar el conjunto, limitándose a las partes de manera fragmentada; respuestas emocionales en detrimento de la capacidad y tendencia natural a reflejar la realidad, o su asimilación mediante la influencia del adulto.

Con menor frecuencia de aparición pero no por eso menos importante se presenta la utilización inusual del color y su pobre uso interpretados, la primera como impulsividad, exceso de responsabilidad emocional, y en el caso del pobre uso del color o su ausencia, bloqueo emocional o inhibición en las respuestas afectivas.

El rechazo a una persona, o el deseo de significar la diferencia entre unos y otros elementos dentro del mismo dibujo puede ser representados con la omisión o el uso limitado a los contornos, y generalmente con colores oscuros e inadecuados.

El indicador con más alto puntaje en este subgrupo resultó, en muchos casos la inadecuación en el uso del color en el que predomina una frecuencia cromática, verde, marrón, azul, morado, la significación del color, en los dibujos infantiles nos obliga a hacer algunas reflexiones antes de continuar.

Aquí se observa con los niños con un desarrollo psicológico normal usan el color en toda su intensidad y variedad prefiriendo los colores cálidos en los primeros años de vida y variando su utilización en los años siguientes en la medida que la representación así la necesitará, a partir del realismo visual o que el principio de realidad estuviera desarrollando subordinado el color a la forma escogida o representada.

Con la expresión de una idea, la cual o se mezcla con otras llegando a los absurdos, se reitera y aparece las seriaciones desordenadas o se mantienen de una manera fija en las seriaciones ordenadas.

Por presentarse la distribución ilógica casi exclusivamente en las inadecuaciones o neuróticos o con alteraciones psicológicas más estructuradas del desarrollo de la personalidad así como de la

falta de explicación lógica o simplemente la ausencia de explicación en cuanto a lo que se deseaba expresar o su significado nos impresionaría, las manifestaciones de la dispersión que puede existir a nivel del pensamiento y ser esta una representación grafica de la alteración, como la que se había señalado anteriormente por severas alteraciones por su capacidad limitada por mantener la idea inicial a desarrollar.

Si la desviación del desarrollo de la personalidad se refleja en el dibujo libre, de igual forma con la figura humana, lo cual aparece mutilada, maltratada, flotando en el papel y con frecuencia con un uso inadecuado del color.

El hecho de estar maltratado indica la ausencia de expresividad, movimiento y otros complementos.

Cuando la alteración provoca dificultad en la comunicación, sea con sus coetáneos o adjuntos, la figura humana puede aparecer dañada. Con relación al contenido se mantienen los mismos temas que analizamos en los normales con sus diferencias genéticas. Solo como un elemento curioso resaltan “las colinas” que con frecuencia aparecen como elementos primordiales o básicos en el dibujo; como si constituyera un objeto en sí mismo y no como parte del paisaje.

Sin pretender continuar subdividiendo los grupos, podemos mencionar algunos elementos de contenido de elaboración del dibujo que aparecen. Con frecuencia de los dibujos de los niños con determinadas características que son:

- El exceso de ornamentación, arabesco, y colorines innecesarios “solo para adornar” en los egocéntricos exhibicionistas o con síntomas histéricos, las seriaciones ordenadas al extremo de colocar “todas las piedras de un jardín” o “todas las olas del mar” en niños muy ordenados.
- En los niños ordenados rígidos o con síntomas de obsesivos compulsivos o el reforzamiento al rellenar “la lluvia intensa” en los cuadros de predominio sobreancioso.

## **PSICODIAGNÓSTICO INFANTIL**

El psicodiagnóstico infantil constituye uno de los campos de atención más importantes en sí, el psicodiagnóstico es un conjunto de herramientas compuesto por test, técnicas, o pruebas que tienen como finalidad el estudio profundo de la personalidad del ser humano desde el punto de vista clínico, psicopatológico y en función de la orientación será el tipo de exploración que el profesional psicólogo clínico necesite hacer sobre la persona (niño, adolescente, adulto o adulto mayor) que se propone evaluar.

En el caso de los niños el objetivo del psicodiagnóstico infantil será el conocimiento de los aspectos evolutivos, madurativos, de desarrollo intelectuales, cognitivos, emocionales y afectivos, además de eso disposiciones potenciales del niño. Comprende entre estos las edades de primera y de la segunda infancia, esto es alrededor de los 2 a 11 años.

Dentro del campo de evaluación podemos incluir también desde los niños recién nacidos hasta los 2 años de edad pero aquí la forma de evaluación será en base a la integración de otro tipo de métodos tales como la evaluación de la psicomotricidad y las observaciones pediátricas y psicológicas que se realizan durante el primer año de vida, donde la sintomatología se expresa más a través del cuerpo, pensemos que estamos en los albores del psiquismo por lo cual será el cuerpo el que hable de aquellos malestares del niño.

El trabajo en el presente módulo consiste en el aprendizaje teórico, técnico y práctico a través de test y pruebas psicológicas y pedagógicas que permiten al futuro psicólogo clínico comprender el estudio de la dinámica del niño en toda su dimensión personal cuando se está evaluando.

Se debe tener en cuenta la integridad en las distintas áreas de exploración de la personalidad infantil y o del adolescente en este caso, así para abordar el área evolutiva como madurativa se estudiara por ejemplo el test del garabato, el test de Bender infantil, el test de Fay, el test del automóvil.

Para abordar el área emocional e intencional del niño se varan las siguientes técnicas: psicología del dibujo libre infantil, psicología del color, indicadores emocionales en el test de Bender y en el HTP, el test de la casa y del autoconcepto.

Para explicar el área familiar se estudia el test de la familia, cuestionarios de autopercepción familiar, el plano de la casa y el test de Cat.

Este último test permite determinar también la estructura psicológica y psicopatológica se estudiara también la escala de Roth o test de Sack para niños y adolescentes de ambos sexos y o cuestionario complementarios que permiten explorar la relación vincular madre- hijo como padre- hijo.

Debería tomarse en consideración o en cuenta las características psicológicas y gráficas de los niños con debilidad mental, la agresividad infantil y casos clínicos analizados por los profesionales de la institución de salud.

También se incluirán argumentos y guías de exploración para el informe del psicólogo.



## Tratamiento de la enuresis

El aprendizaje del control urinario se suele adquirir en los 3 y 5 años, este es un complejo proceso de aprendizaje en el que el niño debe ir adquiriendo diferentes habilidades dentro de estos tenemos:

- Desarrollo neuromuscular (capacidad para ejercer el control voluntarios sobre nuestros músculos).
- Tomar conciencia de las señales de nuestro organismo que indica la necesidad de orinar.
- Orinar o aguantar (micción) hasta que exista un lugar apropiado para orinar.

**Orinar de forma voluntaria:** relajación de esfínteres.

Una vez que el niño domina este proceso por el día, será necesario que lo logre también por la noche y este último caso será más complicado debido a que darnos cuenta de las señales de nuestro organismo es más difícil cuando estamos dormidos.

Cuando este proceso no se aprende de una forma natural y el niño no logra el control urinario entonces hablamos de enuresis y será necesario la intervención de un profesional que guíe a los padres y a sus hijos en el aprendizaje más explícito del control de reflejo urinario.

Lo primero que va a hacer el profesional será valorar la existencia de posibles problemas médicos que justifiquen la falta de control urinario. En la mayoría de los casos el problema "será exclusivamente psicológico por lo que será el psicólogo clínico quien lleve a cabo el tratamiento".

El tratamiento va a consistir en enseñar al niño las pautas adecuadas para controlar el reflejo de orinar por el día y por la noche, así como asesorar a los padres en el comportamiento que deben adoptar ante el problema.

Algunos de las intervenciones más eficaces y frecuentes que se utilizan en el tratamiento psicológico son:

**Método de la Alarma:** Es un método sumamente eficaz. Consiste en la colocación de un aparato "pipi-stop" cuando el niño se va a dormir.

El aparato es sensible a la humedad y se activara con un intenso sonido ante las primeras gotas de orina. Este sonido va a provocar que la orina se interrumpa y el niño se despierte.

La repetición de esta secuencia va a producir que el niño asocie las señales corporales del inicio de orina con la acción de despertarse y al cabo de las siguientes noches el niño se despertara antes de que el aparato suene, evitando así mojar la cama, y adquiriendo el hábito del control del reflejo de orina.

### **Entrenamiento en retención voluntaria**

Consiste en la ejercitación de los músculos del esfínter que controla la retención de la orina.

### **Entrenamiento en cama seca**

Consiste en enseñar al niño pautas correctas durante la noche: Despertar, retener la orina, levantarse de la cama e ir al W. C.

Serán frecuentes otras indicaciones tales como:

1. Sobre- ingesta de líquidos: Dar de beber al niño más de lo normal para que necesite ir al baño con frecuencia va acelerar el aprendizaje ya que conlleva que el niño entrene sus nuevas habilidades con más frecuencia.
2. Premiar los pequeños avances
3. Evitar castigar o reñir cuando el niño no controle la orina

Generalmente el tratamiento psicológico de la enuresis tiene un buen pronóstico es rápido y muy eficaz, siempre y cuando se sigan las indicaciones del psicólogo clínico en todo momento, es importante no interrumpir el tratamiento ante las primeras noches que se consigue que el niño no moje la cama para evitar las recaídas. El tratamiento puede resultar muy molesto para los padres debido a las numerosas interrupciones de sueño que serán necesaria, sin embargo merece la pena.

## **Comparativa CIE-10 – DSM-IV**

La CIE-10 tiene un carácter eminentemente descriptivo. Establece diagnósticos con definiciones para cada uno de ellos. El capítulo V (designado también con la letra F) está dedicado a enfermedades mentales.

CIE-10 es un sistema pensado con finalidad básicamente epidemiológica, por este motivo es menos precisa y por esto mismo permite mayor juego en la apreciación clínica (como señalan E. Requena y A. Jarné, en Manual de Psicopatología clínica).

El DSM-IV de la American Psychiatric Association (APA) funciona por criterios y surgió como reflejo de la insatisfacción con el sistema CIE. Es mucho más completo y preciso y se realizó incorporando desarrollos de la experiencia clínica, así como avances de la investigación.

En Europa se utiliza el sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª revisión) ó CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por este motivo en la mayoría de trastornos del DSM-IV figuran dos códigos.

Los cinco ejes de la clasificación multiaxial del DSM-IV-TR

Eje I Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Eje II Trastornos de la personalidad. Retraso mental

Eje III Enfermedades médicas

Eje IV Problemas psicosociales y ambientales

Eje V Evaluación de la actividad global

Para acceder a cada apartado "clickar" sobre él.

## **Índice**

1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
3. Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados
4. Trastornos relacionados con sustancias
5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

6. Trastornos del estado del ánimo
7. Trastornos de ansiedad
8. Trastornos somatomorfos
9. Trastornos ficticios
10. Trastornos disociativos
11. Trastornos sexuales y de la identidad sexual
12. Trastornos de la conducta alimentaria
13. Trastornos del sueño
14. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
15. Trastornos adaptativos
16. Trastornos de la personalidad
17. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

### **Clasificación DSM-IV con códigos CIE-10**

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia:

#### **Retraso mental:**

F70 Retraso mental leve.

F71 Retraso mental moderado.

F72 Retraso mental grave.

F73 Retraso mental profundo.

F79 Retraso mental de gravedad no especificada.

#### **Trastornos del aprendizaje:**

F81.0 Trastorno de la lectura

F81.2 Trastorno del cálculo

F81.8 Trastorno de la expresión escrita

**Trastorno de las habilidades motoras:**

F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación.

**Trastornos de la comunicación:**

F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo

F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo

F80.0 Trastorno fonológico

F98.5 Tartamudeo

**Trastornos generalizados del desarrollo:**

F84.0 Trastorno autista

F84.2 Trastorno de Rett

F84.3 Trastorno desintegrativo infantil

F84.5 Trastorno de Asperger

**Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador:**

**Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:**

F90.0 Tipo combinado

F90.8 Tipo con predominio del déficit de atención

F90.0 Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo

F91.8 Trastorno disocial

F91.3 Trastorno negativista desafiante

**Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez:**

F98.3 Pica

F98.2 Trastorno de rumiación

F98.2 Trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o de la niñez

**Trastornos de tics:**

F95.2 Trastorno de la Tourette

F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos

F95.0 Trastorno de tics transitorios

**Trastornos de la eliminación:****Encopresis:**

F98.1 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento

F98.1 Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento

F98.0 Enuresis (no debida a una enfermedad médica)

**Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia:**

F93.0 Trastorno de ansiedad por separación

F94.0 Mutismo selectivo

F94.2 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez

F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados

**Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos:****Delirium:**

F05.0 Delirium debido a...(indicar enfermedad médica)

Delirium inducido por sustancias

Delirium por abstinencia de sustancias

Delirium debido a múltiples etiologías

**Demencia:**

F00.0 Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano:

Con delirium

Con ideas delirantes

Con estado de ánimo depresivo

No complicada

F00.1 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío:

Con delirium

Con ideas delirantes

Con estado de ánimo depresivo

No complicada

F01 Demencia vascular:

Con delirium

Con ideas delirantes

Con estado de ánimo depresivo

No complicada

F02 Demencia debida a otras enfermedades médicas

Demencia persistente inducida por sustancias

Demencia debida a múltiples etiologías

Trastornos amnésicos:

F04 Trastorno amnésico debido a ...(indicar enfermedad médica)

Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias.

Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados:

F06.1 Trastorno catatónico debido a ... (indicar enfermedad médica)

F07.0 Cambio de personalidad debido a ...(indicar enfermedad médica)

Trastornos relacionados con sustancias:

Criterios para la dependencia de sustancias

Criterios para el abuso de sustancias

Criterios para la intoxicación por sustancias

Criterios para la abstinencia de sustancias

Trastornos relacionados con el alcohol:

Trastornos por consumo de alcohol:

F10.00 Criterios para la intoxicación por alcohol

F10.3 Criterios para el abstinencia de alcohol

Trastornos relacionados con alucinógenos:

Trastornos por consumo de alucinógenos:

F16.0 Criterios para la intoxicación por alucinógenos

F16.70 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (Flashbacks)

Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar):

Trastornos por consumo de anfetaminas:

F15.00 Criterios para la intoxicación por anfetaminas

F15.3 Criterios para la abstinencia de anfetaminas

Trastornos relacionados con cafeína:

F15.00 Criterios para la intoxicación por cafeína:

Trastornos relacionados con cannabis:

Trastornos por consumo de cannabis:

F12.00 Criterios para la intoxicación por cannabis

Trastornos relacionados con cocaína:

Trastornos por consumo de cocaína:

F14.00 Criterios para la intoxicación por cocaína

F14.3 Criterios para la abstinencia de cocaína

Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar):



Trastornos por consumo de fenciclidina:

F19.00 Criterios para la intoxicación por fenilcidina

Trastornos relacionados con inhalantes:

Trastornos por consumo de inhalantes:

F18.00 Criterios para la intoxicación por inhalantes

Trastornos relacionados con nicotina:

Trastornos por consumo de nicotina:

F17.3 Criterios para la abstinencia de nicotina

Trastornos relacionados con opiáceos:

Trastornos por consumo de opiáceos:

F11.00 Criterios para la intoxicación por opiáceos

F11.3 Criterios para la abstinencia de opiáceos

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:

Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:

F13.00 Criterios de intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.3 Criterios de dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos:

Esquizofrenia:

F20.0 Tipo paranoide

F20.0 Tipo desorganizado

F20.2 Tipo catatónico

F20.3 Tipo indiferenciado

F20.5 Tipo residual

F20.8 Trastorno esquizofreniforme

F25 Trastorno esquizoafectivo

F25.0 Tipo bipolar

F25.1 Tipo depresivo

F22.0 Trastorno delirante

F23.8 Trastorno psicótico breve

F23.81 Con desencadenante(s) grave(s)

F23.80 Sin desencadenante(s) grave(s)

F24 Trastorno psicótico compartido

F06 Trastorno psicótico debido a...(indicar enfermedad médica)

F06.2 Con ideas delirantes

F06.0 Con alucinaciones

Trastorno psicótico inducido por sustancias

Trastornos del estado del ánimo:

Episodio depresivo mayor:

F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único

F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante

F34.1 Trastorno distímico

Episodio maníaco

Episodio mixto

Episodio hipomaníaco

Trastornos bipolares:

F30 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único

F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco

F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco

F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto

F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo

F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado

F31.8 Trastorno bipolar II

F34.0 Trastorno ciclotímico

Trastorno del estado del ánimo debido a... (indicar enfermedad médica)

F06.32 Con síntomas depresivos

F06.32 Con síntomas de depresión mayor

F06.30 Con síntomas maníacos

F06.33 Con síntomas mixtos

Trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias

Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio depresivo mayor actual (o más reciente)

Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio maníaco actual (o más reciente)

Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio mixto actual (o más reciente)

Criterios para la especificación de:

Cronicidad

Síntomas catatónicos

Síntomas melancólicos

Síntomas atípicos

Inicio postparto

Curso longitudinal

Patrón estacional

Ciclos rápidos

Trastornos de ansiedad:

Crisis de Pánico (Crisis de Angustia)

Agorafobia

F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia

F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia

F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

F40.02 Fobia específica

F40.1 Fobia social

F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo

F43.1 Trastorno por estrés postraumático

F43.0 Trastorno por estrés agudo

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

F06.4 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Trastornos somatomorfos:

F45.0 Trastorno de somatización

F45.1 Trastorno somatorfo indiferenciado

F44 Trastorno de conversión

F45.4 Trastorno por dolor

F45.2 Hipocondría

F45.2 Trastorno dismórfico corporal

Trastornos ficticios:

F68.1 Trastorno ficticio

Trastornos disociativos:

F44.0 Amnesia disociativa

F44.1 Fuga disociativa

F44.81 Trastorno de identidad disociativo

F48.1 Trastorno de despersonalización

Trastornos sexuales y de la identidad sexual:

Trastornos sexuales:

Trastornos del deseo sexual:

F52.0 Deseo sexual hipoactivo

F52.10 Trastorno por aversión al sexo

Trastornos de la excitación sexual:

F52.2 Trastornos de la excitación sexual en la mujer

F52.2 Trastornos de la erección en el varón

Trastornos del orgasmo:

F52.3 Trastorno orgásmico femenino

F52.3 Trastorno orgásmico masculino

F52.4 Eyaculación precoz

Trastornos sexuales por dolor:

F52.6 Dispareunia (no debida a una enfermedad médica)

F52.5 Vaginismo (no debido a una enfermedad médica)

Trastorno sexual debido a una enfermedad médica

N94.8 Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a...

N50.8 Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a...

N48.4 Trastorno de la erección en el varón debido a...

N94.1 Dispareunia femenina debido a...

N50.8 Dispareunia masculina debida a...

N94.8 Otros trastornos sexuales femeninos debidos a...

N50.8 Otros trastornos sexuales masculinos debidos a...

Trastorno sexual inducido por sustancias

Parafilias:

F65.2 Exhibicionismo

F65.0 Fetichismo

F65.8 Frotteurismo

F65.4 Pedofilia

F65.5 Masoquismo sexual

F65.5 Sadismo sexual

F65.1 Fetichismo transvestista

F65.3 Voyeurismo

F64 Trastornos de la identidad sexual

F64.2 Trastorno de la identidad sexual en niños

F64.0 Trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos

Trastornos de la conducta alimentaria:

F50.0 Anorexia nerviosa

F50.2 Bulimia nerviosa

Trastornos del sueño:

Trastornos primarios del sueño:

Disomnias:

F51.0 Insomnio primario

F51.1 Hipersomnia primaria

G47.4 Narcolepsia

G47.3 Trastorno del sueño relacionado con la respiración

F51.3 Trastorno del ritmo circadiano

Parasomnias:

F51.5 Pesadillas

F51.4 Terrores nocturnos

F51.3 Sonambulismo

Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental

F51.0 Insomnio relacionado con...

F51.1 Hipersomnia relacionada con...

Otros trastornos del sueño

G47 Trastorno del sueño debido a enfermedad médica

Trastorno del sueño inducido por sustancias

Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados:

F63.8 Trastorno explosivo intermitente

F63.2 Cleptomanía

F63.1 Piromanía

F63.0 Juego patológico

F63.3 Tricotilomanía

Trastornos adaptativos:

Trastorno adaptativo

F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]

F43.28 Con ansiedad [309.24]

F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]

F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]

F43.9 No especificado [309.9]

Trastornos de la personalidad:

F60 Trastorno de la personalidad

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad

F61.1 Trastorno esquizoide de la personalidad

F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad

F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad

F60.3 Trastorno límite de la personalidad

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad

F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad

F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación

F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia

F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica:

F54 Factores psicológicos que afectan al estado físico:

Trastorno mental que afecta a una enfermedad médica

Síntomas psicológicos que afectan a una enfermedad médica

Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a una enfermedad médica

Comportamientos desadaptativos que afectan a una enfermedad médica



Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a una enfermedad médica

Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a una enfermedad médica

Trastornos motores inducidos por medicamentos:

G21.1 Parkinsonismo inducido por neurolépticos

G21.0 Síndrome neuroléptico maligno

G24.0 Disonía aguda inducida por neurolépticos

G21.1 Acatisia aguda inducida por neurolépticos

G24.0 Discinesia tardía inducida por neurolépticos

G25.1 Temblor postural inducido por neurolépticos

G25.9 Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado

T88.7 Efectos adversos de los medicamentos no especificados

Problemas de relación:

Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica

Z63.8 Problemas paterno-filiales

Z63.0 Problemas conyugales

F93.3 Problemas de relación entre hermanos

Z63.9 Problema de relación no especificado

Problemas relacionados con el abuso o la negligencia (abusos físicos y sexuales):

T74.1 Abuso físico del niño

T74.2 Abuso sexual del niño

T74.0 Negligencia de la infancia

T74.1 Abuso físico del adulto

T74.2 Abuso sexual del adulto

Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica:

Z91.1 Incumplimiento terapéutico

Z76.5 Simulación

Z72.8 Comportamiento antisocial del adulto

Z72.8 Comportamiento antisocial en la niñez o adolescencia

R41.8 Capacidad intelectual límite

R41.8 Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad

Z63.4 Duelo

Z55.8 Problema académico

Z56.7 Problema laboral

F93.8 Problema de identidad

Z71.8 Problema religioso o espiritual

Z60.3 Problema de aculturación

Z60.0 Problema biográfico

ANNEKOS  
VIDEOS

## **RETRASO MENTAL**

<http://www.youtube.com/watch?v=4-IP9fjudTM>

<http://www.youtube.com/watch?v=vqp3Qrxd3kA&feature=related>

## **TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO**

[http://www.youtube.com/watch?v=2Mo\\_3JA4nfM](http://www.youtube.com/watch?v=2Mo_3JA4nfM)

<http://www.youtube.com/watch?v=M53PDH5Xlw8&feature=related>

## **TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOLOGICO**

[http://www.youtube.com/watch?v=94juoHaalH0&feature=results\\_main&playnext=1&list=PLA6236260D872E0B3](http://www.youtube.com/watch?v=94juoHaalH0&feature=results_main&playnext=1&list=PLA6236260D872E0B3)

<http://www.youtube.com/watch?v=c-sbkaS4TH0>

<http://www.youtube.com/watch?v=WObBQYiIKWc&feature=related>

## **TRASTORNO DEL SUEÑO**

<http://www.youtube.com/watch?v=7NU8GP5SNEw&feature=related>

[http://www.youtube.com/watch?v=\\_IcfLb3BXEg&feature=related](http://www.youtube.com/watch?v=_IcfLb3BXEg&feature=related)

[http://www.youtube.com/watch?v=Ri\\_H966al3M](http://www.youtube.com/watch?v=Ri_H966al3M)

**ANEXOS**  
**Casos Clínicos**

## 1. TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

### EL CARTÓGRAFO

Los profesores de C. B., un niño de 13 años de edad, solicitan su exploración psiquiátrica. C.B. tiene un nivel medio de inteligencia según el Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC; 1974) y unas capacidades verbales superiores a las habilidades motoras. Su rendimiento es bueno en tareas que requieren leer, pero sus profesores se encuentran profundamente preocupados por su ingenuidad y por el bajo nivel de comprensión de las ideas abstractas; lo encuentran vulnerable a los peligros de la vida cotidiana.

Su madre explica que los problemas de su hijo empezaron a los 6 meses de edad cuando sufrió un traumatismo craneal. Desde entonces, se aisló de las otras personas y pasaba la mayor parte del tiempo mirándose las manos, que movía de diferentes maneras delante de la cara. A la edad de un año le gustaba ver pasar los coches, pero continuaba ignorando a la gente. Hasta los 5 años se mostró distante, no mantuvo contacto visual con las personas. Su desarrollo motor se produjo a la edad normal, y tan pronto como le fue físicamente posible empezó a correr en círculo y con un objeto en su mano; si se le intentaba detener, se ponía a gritar. Había muchos movimientos estereotipados, como saltar, palmear con las manos y moverlas en círculo.

A la edad de 3 años C. B. era capaz de reconocer las letras del abecedario y podía hacer dibujos; dibujaba el pote de la sal y de la pimienta, y copiaba correctamente los nombres que estaban en los potes, una y otra vez. Durante un cierto tiempo, ésta fue su única actividad. Acto seguido, empezó a sentirse fascinado por los edificios de gran altura, y los pintaba y miraba desde todos los ángulos. C. B. no habló hasta los 4 años de edad, y durante un período solamente repetía palabras simples. Posteriormente, repetía frases y pronombres invertidos.

Después de los 5 años, la expresión y el contacto social de C. B. mejoraron notablemente. Hasta la edad de 11 años acudió a una escuela especial, donde el personal observó que hacía una serie de actos extraños y repetitivos. En una ocasión antes de que empezara la lección, C. B. insistió en que el profesor y los alumnos debían ponerse los relojes de goma que había hecho. A pesar de todos estos problemas, C. B. demostró tener muy buena memoria y ser capaz de comprender rápido lo que se le enseñaba. Fue trasladado a una escuela pública cuando tenía 3 años.

C. B. tiene un nivel de gramática y de vocabulario muy buenos, pero su expresión oral es ingenua e inmadura y sólo se preocupa de sus propios intereses.

Ha aprendido a no hacer comentarios sobre el aspecto físico de las otras personas, pero tiende a hacer preguntas de manera repetida. No es un niño aislado desde el punto de vista social. Dice de

sí mismo: «temo que sufro de poca deportividad». Le gustan los chistes, pero no entiende el humor sutil. A menudo, los compañeros de clase le molestan.

El interés principal de C. B. se centra en los mapas y en las señales de tráfico.

Tiene una memoria impresionante para recordar las carreteras y es capaz de dibujarlas con exactitud y en un santiamén. Todo aquello que le cae en las manos lo cambia de forma y lo convierte en algo largo y de forma extraña. Se encuentra profundamente atraído por un animal de peluche con el que había como si trata de una persona adulta.

La destreza de los dedos de C. B. es buena, aunque es un niño patoso y no puede realizar correctamente grandes movimientos; por esta razón, nunca es elegido para participar en juegos de equipo.

## 1.1 TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

### ECO

A requerimiento de sus padres, se examinó a Richard, un niño de 3 años y medio de edad que presentaba un desarrollo desigual y una conducta anormal.

El parto había sido difícil y requirió que se le aplicara oxígeno al bebé. Tanto su apariencia física como su desarrollo motor y su capacidad para desenvolverse eran normales, pero sus padres habían estado preocupados desde los primeros meses de vida por la falta de respuesta a los contactos sociales y a los juegos infantiles usuales. El hecho de que su segundo hijo disfrutara de las relaciones interpersonales desde el principio confirmó sus temores.

Richard era un niño reservado y parecía autosuficiente. Por la mañana, no saludaba a su madre, ni tampoco saludaba a su padre cuando llegaba del trabajo.

Sin embargo, si se le dejaba al cuidado de otra persona, se pasaba la mayor parte del tiempo chillando. A los 3 años, era capaz de entender instrucciones sencillas.

Su lenguaje consistía en repetir palabras y frases que había oído en el pasado, imitando el acento y la entonación originales. Podía utilizar una o dos de estas frases para indicar sus necesidades más simples. Si, por ejemplo, decía «¿quieres algo para beber?», significaba que tenía sed. No utilizaba expresiones faciales, gestos ni mímica, excepto cuando arrastraba a alguien para colocarle la mano sobre el objeto que deseaba.

Le fascinaban las luces brillantes y objetos de tela, a los que miraba fijamente mientras reía, movía las manos y bailaba de puntillas. También hacía estos movimientos cuando oía música, que le gustaba desde pequeño. Estaba intensamente unido a un coche de juguete, que mantenía cogido en sus manos todo el día, aunque nunca jugaba creativamente con éste ni con ningún otro juguete. Podía hacer rompecabezas con facilidad (y con una sola mano, ya que en la otra sujetaba el coche), incluso cuando le escondían el modelo. A los dos años había recogido varios objetos de cocina que colocaba en todo el suelo de la casa formando figuras. Esta actividad, junto con andar vagabundeando por la casa, constituía todo su repertorio espontáneo.

El problema más grande a la hora de tratar a Richard era su tremenda resistencia a cualquier intento de cambiar o ampliar sus intereses. Si se le quitaba el cochecito, o se interferían en sus rompecabezas o actividades, aunque sólo fuese darle una cuchara para utilizarla debidamente, o se lo obligaba a mirar un libro de dibujos, cogía una rabieta que podía durar una hora o más, durante la que chillaba, pateaba e incluso pegaba, a sí mismo o a otros. Estas rabietas se podían cortar si se dejaba que el niño volviera a lo que estaba haciendo. También era eficaz ponerle su música favorita o llevarle en coche de paseo, pero esto no siempre funcionaba.



Sus padres se preguntaban si Richard podía ser sordo, pero su amor por la música, sus imitaciones verbales tan exactas y la sensibilidad que mostraba por algunos sonidos suaves, como los provocados al desenvolver una chocolatina en la habitación de al lado, les convencieron de que ésta no era la causa de su conducta anormal. Las pruebas psicológicas le dieron una edad mental de 3 años para las habilidades no relacionadas con el habla; pero, en cambio, le dieron una edad mental de 18 meses en comprensión del lenguaje.

## 2. TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO

### **PETE EL VIETNAMITA**

El día antes del decimosexto cumpleaños de Pete, éste fue ingresado en el departamento de psiquiatría de un hospital general de un suburbio de Detroit en el cual vive. Se había hecho un corte profundo en la muñeca con un cuchillo de cocina, y se había cortado varios nervios y tendones de su mano izquierda; asimismo, había perdido el conocimiento durante la noche de manera intermitente, y, a la mañana siguiente, había llamado a un amigo de su madre para que le ayudara.

Pete es el hijo de una mujer vietnamita y de un obrero americano. Vivió con su madre en Saigon hasta los 2 años de edad, y, por medio de una agencia de adaptación de Vietnam, fue a Estados Unidos para ser adoptado por una familia americana. Aparentemente, su familia había abusado de él (presentaba quemaduras y mordiscos), le habían llevado a una casa en el bosque por un breve período de tiempo y, a la edad de 2 años y medio, sus padres adoptivos lo acogieron.

A pesar de ser una persona algo reservada y poca comunicativa con sus padres adoptivos, Pete se comportaba bastante bien con la gente que le rodeaba. Era un niño brillante, buen muchacho, y era amable con los otros niños. Siempre se había llevado bien con sus amigos, pero la relación con sus padres era difícil, de ahí que éstos explicaran que era el más difícil de tratar de los cuatro hijos adoptivos que habían acogido.

Durante la época en que se encontraba en la escuela superior, el grupo de amigos de Pete estaba formado por muchachos que llevaban el pelo muy largo, que se oponían a la cultura y a las costumbres tradicionales y que se escapaban de la escuela para fumar marihuana; consideraban el nihilismo una filosofía de vida, robaban cerveza de los supermercados y se llevaban las joyas y los objetos de valor de sus padres y de sus profesores. Sus notas fueron cada vez peores, empezó a tener problemas por disparar con su revólver a las ardillas y por hacer explotar los buzones con petardos.

Cuando Pete tenía 14 años sus padres se divorciaron: El prefirió irse con su padre y sus hermanos a otro estado. Los delitos que cometía, aunque pequeños, iban en aumento. ÉL y sus amigos fueron arrestados por coger el coche de un vecino para ir a correr un poco y divertirse. A la edad de 15 años, pasaba más tiempo en la calle que en la escuela, y consumía drogas que sus amigos le proporcionaban, principalmente LSD, mescalina, pegamento y marihuana. Sus padres le enviaron a una escuela militar, pero le expulsaron un mes antes de ingresar al hospital, debido a su permanente ausencia a las clases.

En el momento del ingreso se le describe como un joven atractivo, que llama la atención de todas las adolescentes en la escuela. Él dice que no intentó suicidarse cuando se hizo el corte en la muñeca. Cuando se le continuó preguntando e insistiendo, nos contó finalmente la siguiente historia: se encontraba vertiendo ácido mientras estaba con unos amigos. Cuando éstos se fueron, le pareció oír la sirena de un coche de policía y pensó que la única manera para que no le arrestaran podía ser hacerse un corte en la muñeca y después perder el conocimiento. Niega sentirse deprimido, pero explica que su vida no tiene ningún tipo de interés y le da absolutamente igual vivir que estar muerto.

## 2.1 TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO

### **SIN FRENOS**

Jeremy es un niño de 9 años de edad que es llevado a un centro de salud mental su madre debido a su progresiva desobediencia y su mal comportamiento en la escuela. Diversos acontecimientos que sucedieron el mismo mes convencieron a su madre de que tenía que hacer algo para que el niño cambiara su conducta. Hacia algunas semanas insultó a su profesor y fue expulsado de la escuela durante 3 días. La semana pasada fue reconvenido por la policía por ir en bicicleta por la calle, algo que su madre le tenía prohibido hacer; en otra ocasión no usó frenos y se empotró contra el cristal de un escaparate, agrietándolo; No ha cometido ningún acto de mayor gravedad, aunque una vez antes rompió una ventana cuando montaba en bicicleta con un amigo.

Ya desde que iba a la guardería, Jeremy había sido un niño problemático. Los problemas habían ido en aumento lentamente cuando no se le vigila, Jeremy se metía siempre en líos. En la escuela le han castigado y reñido por molestar, insultar y pegar a los otros compañeros: Se le describe como un niño irritable y con muy poco carácter, a pesar de que algunas veces parece pasárselo bien en la escuela. A menudo molesta de manera intencionada a sus amigos de clase, pero refiere siempre que han sido ellos siempre quienes han empezado. No se ha visto envuelto en peleas bien serias, si bien en ocasiones ha intercambiado algunos golpes con algún niño. Jeremy a menudo se niega a hacer lo que los profesores le dicen, y este año ha resultado ser especialmente complicado con el profesor que por las tardes le enseña aritmética y ciencias naturales. Da muchas excusas para no realizar los trabajos y se enfada si se le está encima diciendo que trabaje. También sufrió muchos de estos problemas el año pasado, cuando solamente tenía un profesor. A pesar de esto, sus notas son buenas y han sido cada vez mejores a medida que ha ido pasando el curso, especialmente en aritmética y en arte, asignaturas impartidas por el profesor con el que Jeremy tiene tantos problemas.

En casa, la conducta de Jeremy es variable: algunos días se muestra desafiante y mal educado con su madre, haciéndose repetir las cosas varias veces antes de hacerlas; otros días, en cambio, se muestra amable y encantador. Pero predominante sus días malos. (El más pequeño detalle le altera y entonces grita y chilla.) Rickie su hermano menor, le describe como malo y rencoroso; incluso durante los días en que está de buen humor, la manera de comportarse con él es horrible.

Capacidad de concentración de Jeremy es buena y no deja nunca las tareas a medio hacer. Su madre le describe como "siempre activo", pero no inquieto. Sus profesores están preocupados por su conducta y no por su nerviosismo y e intranquilidad. Su madre explica, a si mismo, que dice pequeñas mentiras; pero cuando se trata de asuntos de importancia no miente.

### 3. RETRASO MENTAL

#### EL ENIGMA

Un psiquiatra especializado en enfermos con retraso mental recibió la llamada de un pediatra para permitirle a Libby, una muchacha con 17 años de edad. Se la describió como curada de una depresión y necesitada únicamente de medicamentos de seguimiento.

La llegada de Libby a la llegada de espera creó una gran conmoción. Era una muchacha pequeña, delgada, muy agitada, que gritaba de una manera ininteligible, mientras que sus padres ansiosos, intentaban calmarla, parecía muy lejos de estar curada.

Los padres explicaron la siguiente historia. Antes de que Libby tuviera un año de edad fue diagnosticada de retraso mental grave. Todas las exploraciones diagnosticadas que se hicieron no consiguieron terminar la etiología del retraso grave se ha encontrado físicamente bien. Libby es hija única, fue educada y recibía clases especiales en la escuela pública era una muchacha alegre clamada y cordial. No podían vocalizar las palabras pero conseguía comunicarse mediante gestos y sonidos. Había aprendido a realizar algunas tareas domésticas le gustaba ayudar a su madre en las tareas de casa.

Libby nunca se había separado de sus padres hasta 6 meses cuando estos fueron a Europa durante una semana y la dejaron con una canguro a su vuelta la encontraron muy agitada, no respondía a las preguntas y no tenía interés en actividades cotidianas frecuentemente lloraba, dormía mal, comía poco y para la mayor parte del tiempo deambulando por la casa. Los padres se sentían culpables por haberse ido de viaje e intentaron hacer cualquier cosas para estar con ella todo el tiempo y poder hacerla feliz.

Los padres de Libby se preguntaban si era posible que estuviese enferma, en las pruebas que su pediatra llevo a cabo no se encontró algún tipo de anormalidad. El pediatra le receto un aneolítico, pero no tuvo ningún efecto. El psicólogo escolar pensó que la conducta de Libby podía ser una manera de llamar la atención, reforzada por la indulgencia de sus padres; surgió, así mismo establecer límites firmes y enviarla a una clínica de cuidados de niños, en el centro, el psiquiatra les comunico que su hija le estaba castigando por haberse ido de viaje. Surgió que le habían proporcionado una atención y un efecto limitados.

Ya que lo único que se consiguió con todo esto fue un empeoramiento del retorno consulto otro psiquiatra. Este pensó que Libby podía estar deprimida y empezó a medicarle medicación anti depresiva. A pesar de ello la muchacha no mejoro. Desesperados, los padres acudieron a los hospitales psiquiátricos de la zona para intentar ingresar a su hija, pero fue totalmente imposible.

Un asistente social explico que los hospitales psiquiátricos generalmente no tienen experiencia para tratar a pacientes con retraso mental. Finalmente, Libby fue ingresada en una sala de pediatría donde se le hizo una historia médica completa que consiguió aclarar la causa de su trastorno.

El pediatra de Libby decidió tratarla en el hospital por una depresión psicótica. Por este motivo aumento la dosis de antidepresivos y añadió medicación anti psicótica. La muchacha empezó a tener más apetito a dormir mejor y encontrarse menos agitada. Se le dio de lata, pero rápidamente recayó. Volvió a sentirse irritada y agitada, a dormir poco y a experimentar un descenso del apetito.

Durante la entrevista con especialista, Libby se encontraba extremadamente agitada. Chillaba, no se encontraba quieta, se cogía al brazo de su madre y le indicaba que quería volver a casa.

### 3.1 RETRASO MENTAL

#### MECIÉNDOSE Y LEYENDO

Betsy, una muchacha de años de edad, fue enviada por un especialista por los cuidadores de su hogar grupal. Había entrado a vivir en el hogar hace meses antes, como consecuencia de la orden judicial “desinstitucionalización” de una residencia para retrasados mentales, dictada por el Sr. Juez se solicito una exploración porque betsy no acababa de encajar “encajar” con las otras personas del centro y había presentado conductas problemáticas, especialmente autoagresiones y, menos frecuentemente, agresividad hacia los demás. A diferencia de las otras personas, betsy tendía a “encerrarse en sí misma” y no se relacionaba con nadie, a pesar de que lo hacía con algunos miembros del personal de la institución su conducta autolesiva y agresiva generalmente aparecía cuando se producía cambios en sus actividades rutinarias. La conducta autolesiva consistía en morderse repetidamente las piernas y en morderse las manos.

Desde los años, siempre había estado en algún tipo de institución, sus padres habían fallecido y no tenía ningún contacto con su único hermano. Cuando se la traslado al orfanato, se observó que su registro encefalográfico presentaba varias anormalidades, pero no se presentaban crisis epilépticas ni problemas debido a fármacos. Según los test psicológicos, su coeficiente de inteligencia era de con déficit comparables con los trastornos adaptivos.

Durante las evaluaciones, betsy pasaba mucho tiempo leyendo un libro infantil que encontraba en la sala de espera. Su voz es plana monótona. No es capaz de responder preguntas sobre el libro que está leyendo, y cuando se la interrumpe empieza a darse golpes en las piernas con los puños. Se mueve de un lado para otro en principio, mantiene contacto visual con el examinador lo que pasa a su alrededor. No hace absolutamente nada no responde a los intentos de hacerla jugar con otros juguetes, como, por ejemplo, muñecas. Algunas veces una frase concreta con un tono monótono, “blum, blum”. La exploración física revela la presencia de equimosis en sus piernas.

El embarazo y el parto de betsy fueron totalmente normales. Sus padres empezaron a preocuparse cuando vieron que a los dos años no hablaba, su desarrollo motor se retrasó. Pensaron a lo mejor que era sorda, pero estaba claro que no, ya que estaba atemorizada cuando escuchaba el ruido de una lavadora. Desde muy pequeña betsy ha vivido en su propio mundo, no ha tenido lazos estrechos con sus padres, ha presentado reacciones idiosincrásicas a determinados sonidos y siempre le han molestado los cambios en su entorno. A la edad de años, Betsy continuaba sin hablar y recomendó entonces su traslado estaba tras ser diagnosticada de esquizofrenia infantil. Al

Día siguiente del ingreso betsy empezó hablar sin embargo no empleaba el lenguaje para comunicarse, si no que repetía frases una y otra vez. Presentaba una capacidad especial para memorizar las cosas y le fascinaba la lectura, a pesar de que daba la sensación de que no

entendía nada, mostraba una gran variedad de conductas estereotipadas como mover el cuerpo y la cabeza, algo que requería de una gran atención por parte del personal.



## 4. Parasomnias

### PESADILLAS

Martha de 35 años de edad, ha venido sufriendo pesadillas cada noche desde sus primeros años de adolescencia. Acude a un especialista en problemas de sueño ante la insistencia de su marido, harto de su conducta tanto nocturna como diurna. De una a cuatro veces por noche se despierta en medio de una pesadilla, el contenido de la cual siempre resulta perturbadora. A menudo sueña estar gritando a otras personas o encontrarse en peleas amenazadoras. En los sueños está enfadada y frustrada. De forma típica se despierta en medio de estos sueños sintiéndose extremadamente tensa.

Durante el día, Martha suele presentar ataques de ira incontrolables. Pueden venir precipitados por frustraciones poco importantes, como no recordar donde tiene las gafas. En pleno ataque puede tener conciencia de no estar actuando correctamente o de hacerlo sin motivo, pero no es capaz de detenerse. Después de uno de estos ataques pide disculpas.

Martha duerme de forma excesiva, algunos fines de semana hasta 12-13 horas consecutivas, y suele echarse siestas de 3-4 horas. Padece somnolencia en situaciones como conducir por una autopista, pero consigue permanecer despierta manteniendo fría la temperatura del coche o poniendo la radio "a toda potencia".

Niega haber experimentado ataques repentinos e irresistibles de somnolencia, cataplejía (perdida brusca del tono motor), alucinaciones hipnagógicas (alucinaciones que aparecen al despertarse) o parálisis del sueño (debilidad motora y breve incapacidad para moverse después de despertarse de forma súbita), todo ello característico de la narcolepsia. Niega sentirse confusa o desorientada cuando se despierta en mitad de un sueño (como sucede en los estados de deterioro de la activación, como por ejemplo, en los episodios asociados a disfunciones del lóbulo temporal). Su marido ha constatado que últimamente han aumentado de forma espectacular el movimiento de vibración de sus párpados y los movimientos oculares poco después de haberse quedado dormida. Siempre duerme de forma inquieta y ocasionalmente golpea a su marido en mitad de la noche (un síntoma frecuente asido las parasomnias).

En la evaluación inicial Martha parecía abatida, pero no lloraba. Contestaba con detalles y de forma bien organizada. Cometió tres fallos en la serie de los siete, pero su sensibilidad estaba, por otra parte intacta. Comento que trabajaba de archivadora en una pequeña universidad, empleo que le gustaba y al que consideraba su salvación. Su Hija de 4 años de edad era una niña inteligente y se encontraba perfectamente bien.

Martha fumaba un paquete diario de cigarrillos desde hacia 25 años, y tomaba una taza de chocolate y 1.5 litros de bebidas de cola cada día. Solo bebía alcohol un par de veces al año.

El registro total de su sueño nocturno revelaba un sueño de 9 horas interrumpido continuamente por actividades de entre 10 y 30 seg., que frecuentemente empezaban en

un complejo K (un patrón de activación), y la mayor parte de ellas no se asociaban a movimientos corporales previos. Estos por su parte tenía lugar unas 35 veces por hora durante las fases del sueño I y II y durante la fase REM, pero solo cuatro veces durante la fase del sueño profundo. Por el contrario la latencia REM (tiempo transcurrido hasta la aparición inicial del sueño REM), su densidad y su cantidad eran normales, y el resto de las fases, aunque interrumpidas, tenían un patrón y un porcentaje normales. No obstante, nada sugería la presencia de pesadillas durante la noche. (Las constantes activaciones llamaban la atención probablemente se relacionaban con las anomalías detectadas en el EEG).

## 4.1 Parasomnias

### ZOMBIE

Una niña de 11 años le pidió a su madre que fueran al psiquiatra porque tenía miedo de estar “enloqueciendo”. A lo largo de los últimos meses, se ha despertado desorientada, dándose cuenta de que se encuentra en el sofá de la sala de estar o en la cama de su hermana pequeña, aunque ella se acostó en su cama. Cuando hace poco se despertó en la cama de su hermano mayor, empezó a preocuparse mucho y se sintió culpable. Su hermana pequeña dice haber visto a la enferma andando por la noche en numerosas ocasiones, como si fuera un fantasma. Refiere que no contesta cuando la llama y que suele volver a su cama después del paseo. La enferma tiene miedo de tener “amnesia” porque no recuerda nada de lo sucedido durante la noche.

No hay antecedentes de ataques epilépticos o de episodios similares durante el día. La exploración médica y un electroencefalograma dieron resultados negativos. El estado mental de la enferma no llama la atención, excepto por la ansiedad que le produce su enfermedad y los problemas normales de la adolescencia. La vida escolar y familiar son excelentes.

# ANEXOS

## Fotografías

## VISITA AL INSTITUTO FISCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE EL ORO



## VISITA A LA BASE MILITAR "TÉCNICA DE HIPOTERAPIA"



En esta fotografía podemos notar como los militares de este sitio están aplicando la hipoterapia a los niños, la cual es una técnica muy buena debido a que ayuda en cierto grado a disminuir gran parte de la discapacidad que presentan los niños.

## VISITA AL INSTITUTO DE NIÑOS ESPECIALES “SOR EUFEMIA MOSCOSO” EN PIÑAS



En estas fotografías nos encontramos juntos a varios niños que asisten al Instituto de Niños Especiales “Sor Eufemia Moscoso” ya que en este sitio les brindan la ayuda que necesitan para adquirir ciertos conocimientos y además les enseñan a realizar varias actividades.

## REALIZANDO TRABAJOS GRUPALES









