

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 Hiperkinéticos
- 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 desarrollo 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 comprensión 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 psiquiátrico 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)

	ENTIDAD	CI	%
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-Merril, 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 anomalías morfológicas (esto es alteraciones histológicas sin cambios evidentes de las configuraciones cerebrales) y malformaciones morfológicas 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 disquinésicas. No siempre existe una relación directa entre los defectos motores y los trastornos cognoscitivos, en ocasiones pueden haber déficits cognitivos sin trastornos motores (o lo contrario) y en ocasiones se presentan juntos. Las causas más frecuentes 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 preescolar (0-5 años)	Entrenamiento y educación escolar (6-20 años)	Adecuación social y vocacional adulta (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 mínimo 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 entrenando en hábitos sanitarios elementales, se beneficia del entrenamiento sistemático de los hábitos; es incapaz de beneficiarse, de entrenamiento profesional,	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.
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.	Puede conseguir mantenerse así mismo en trabajos cualificados o semicualificados en condiciones de relativa protección; necesita supervisión y guía cuando se enfrenta a tensiones económica o sociales ligeras.
Leve	Puede desarrollar habilidades sociales y de comunicación; con mínimo retraso en las áreas sensomotoras; 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 hiperactivo disocial, los trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia, el Farfullero, 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. Aplauda
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 juega 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

- Farfalleo

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 mas alto puntaje en este subgrupo resulto, 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 modulo 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 aéreas 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 a 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.