

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESPECIALIDAD PSICOLOGÍA CLÍNICA
LIBRO DE RECOPILACIÓN DE
PSICOPATOLOGÍA

AUTORA:
EVELYN GOMEZ APOLO

TUTOR:
DRA. GLORIA JARRO

MACHALA- EL ORO- ECUADOR

- DEFINICIÓN

La 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. De acuerdo al modelo psicodinámico, por ejemplo, los procesos psicológicos son la causa principal de los problemas mentales y psicosomáticos.

La perspectiva biomédica trata a los trastornos mentales como cualquier otra enfermedad, al considerar que las alteraciones psicopatológicas se producen por anomalías biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas o neurológicas). Por lo tanto, el tratamiento debe centrarse en la corrección de tales anomalías orgánicas. En este sentido, un comportamiento anormal es una enfermedad producida por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo. Se encuentran vinculados a alteraciones del cerebro, que pueden ser anatómicas (el tamaño o la forma de ciertas regiones cerebrales fueron de los cánones normales) o bioquímicas (cuando los elementos bioquímicos que contribuyen al funcionamiento neuronal tienen alterada su función).

La psicopatología considera que los trastornos mentales orgánicos son aquellos que tienen causas físicas evidentes, como el Alzheimer, mientras que los trastornos mentales funcionales son los patrones de conducta anormales sin claros indicios de alteraciones orgánicas cerebrales.

Por último, cabe destacar que el modelo conductual de la psicopatología no establece diferencias entre las conductas patológicas y las conductas normales, ya que ambas son el resultado del aprendizaje a partir del ambiente. Por lo tanto, se le otorga una gran importancia a las influencias ambientales en lugar de las biológicas o genéticas. El tratamiento en este modelo consiste en la modificación de la conducta tanto manifiesta como inferida.

- SEMIOLOGÍA

Trastornos De La Sensopercepción

Son defectos en la organización de los datos sensoriales.

El modo más común de que se produzca una alteración de la sensopercepción es una lesión en cualquiera de las estructuras nerviosas comprometidas con esta función.

Los trastornos de la sensopercepción se clasifican en dos grupos:

- DISTORSIONES SENSORIALES.

Una distorsión sensorial consiste en la percepción de un objeto real pero modificado en alguna de sus cualidades.

No es un trastorno muy común.

Hay varios tipos:

- **De la forma.**

Se distorsiona la forma del objeto. Se perciben los objetos más pequeños de lo que realmente son y a esto se le denomina macropsia. La macropsia es el que el objeto se percibe con un tamaño más grande que el tamaño real.

La pomopsia es el percibir un objeto a tamaño constante

independientemente de la distancia que medie entre el observador y el objeto.

La dismegalopsia consiste en que los objetos se perciben torcidos.

La metamorfosis la percepción de los objetos sufre una mutación constante en cuanto a su forma.

Estos (los de la forma) aparecen en cuatro tipos de trastornos:

- En lesiones en el lóbulo temporal.
- En delirios febriles infantiles.
- En las crisis epilépticas.
- En las psicosis esquizofrenias agudas.

▪ **De la cualidad.**

Son distorsiones producidas por una invasión de colores que tiñen la percepción.

- Cloropsia en el que los objetos se perciben de color verde.
- Xantopsia, la percepción se tiñe de color amarillo.
- Eritropsia, en el que la percepción se tiñe de color rojo.

Es un síntoma producido por la ingesta de tóxicos básicamente alucinógenos.

▪ **De la intensidad.**

- Hiperestesia, la intensidad perceptiva aparece aumentada.
- Hipoestesia, la intensidad perceptiva aparece disminuida.
- Intensidad selectiva, unas veces aparece la intensidad aumentada y otras disminuida.

▪ De incorporación afectiva.

Se modifican las afecciones ante determinadas conductas.

• ERRORES SENSORIALES.

* *ILUSIÓN.*

Consiste en la percepción equivocada o errónea de cualquier estímulo sensorial, consiste en una transformación del objeto a percibir, falsificamos el estímulo que desprende el objeto.

Para que exista una ilusión tiene que haber siempre un objeto real.

No es por sí misma un síntoma psicopatológico. Consiste en una interpretación errónea de un objeto sensorial.

Existen unas condiciones que favorecen la aparición de este fenómeno:

- La falta de atención del sujeto, es decir, interpretamos erróneamente a causa de una distracción momentánea.
- Puede ser fruto de otro síntoma psicopatológico. Por ejemplo, por disminución del nivel de conciencia.
- El estrés emocional de la persona, persona cansada, miedo, soledad...
- La ambigüedad del objeto a percibir.

* *ALUCINACIÓN.*

Es un síntoma psicopatológico bastante grave. Consiste en la percepción de algo que no existe y se considera como real, es decir, es una

percepción sin objeto siempre es patológico.

Tiene tres características definitorias:

- Se perciben con la misma claridad que una percepción real.
- Siempre se tiene que percibir en el espacio exterior, siempre tiene proyección espacial.
- La persona está absolutamente convencido de que lo que percibe es verdadero y real

Cuando falla alguna de estas tres cosas ya no sería alucinación.

Clasificación de las alucinaciones.

Se clasifican en función del sentido de las cuales son percibidos.

- Visuales, falsa percepción visual. Pueden variar mucho en cuanto a temática y complejidad.
- Auditivas, consiste en una falsa percepción auditiva que al igual que las visuales también varían en cuanto a complejidad por ejemplo silbidos, palabras sueltas,...

Existen dos muy frecuentes:

û Fenómenos imperativos, la persona escucha una voz que le ordena a actuar de una determinada manera, incluso en contra de su voluntad.

û Alucinación auditivas auto referenciales, el sujeto percibe a dos o más personas hablando de él y generalmente no hablando bien.

- Gustativas y olfativas, falsa percepción del gusto y del olfato.

La alucinación gustativa más común suele ir asociada a los delirios de envenenamiento y la comida y todo lo que ingiere le sabe a veneno.

La alucinación olfativa más común suele estar asociada a los delirios de putrefacción, en el que la persona cree que se le pudre un órgano y lo huele.

- Táctiles, es una falsa percepción táctil. Por ejemplo, sensaciones de frío, de calor, de humedad. Puede estar asociada a los delirios electrizantes (personas que sienten descargas).

- Cenestésicas o de sensibilidad interna, suelen ser de tipo visceral, por ejemplo que le faltan órganos internas, que tienen diferentes tamaño los órganos.

El problema de la alucinación es que la persona pierde el control sobre la capacidad de diferenciar el mundo interno del externo (lo que es la realidad de la fantasía que tiene). Esta diferenciación de lo que es interno y externo es una capacidad que se adquiere, se aprende.

* **PSEUDO ALUCINACIÓN O ALUCINACIÓN PSÍQUICA.**

No es propiamente dicha una alucinación porque no tiene proyección espacial sino que la persona la percibe dentro de si mismo. Son imágenes mentales percibidas de forma nítida, clara y experimentada como reales. Tienen un carácter involuntario.

* **Alucinosis.**

Es un síntoma similar a la alucinación y consiste en una percepción nítida

y clara con proyección espacial. Carece de juicio de realidad, es decir, que la persona sabe que no es real la imagen que está viendo. Se produce siempre por consumo de alucinógenos.

* **SÍNDROME DE AUTOMATISMO MENTAL.**

Descrito por Clerambault. Se caracteriza por tres cosas, primero porque la persona sufre de una gran cantidad de alucinaciones visuales y auditivas, en segundo lugar como consecuencia de estas alucinaciones o unidas a ellas se produce un triple automatismo (a nivel motor, ideico y verbal) la persona actúa, piensa y habla de forma automática, robotizada, como si alguien la ordenara que lo hiciera así, y en tercer lugar el individuo siente un desdoblamiento de su pensamiento, su pensamiento se repite tanto interna como externamente.

Pensamiento

El pensamiento "normal" se caracteriza por responder a un estímulo con intención de resolverlo o tramitarlo. Se dice que progresa siguiendo una secuencia asociativa lógica, con un ritmo adecuado, no interrumpido y llegando a una solución adecuada a la realidad.

Sus trastornos aluden a todas las desviaciones de una pauta lógica, racional y teleológicamente dirigida del pensamiento.

El pensamiento se suele estudiar a través de su forma más común de expresión: el lenguaje. Sin embargo no es posible homologarlos. Hay trastornos del lenguaje que tienen que ver con alteraciones neurológicas, donde el pensamiento está intacto. Se distinguen principalmente por la angustia que genera en el paciente, el no poder emitir en forma correcta sus pensamientos.

ALTERACIONES

▪ **Fonéticas (o de articulación)**

Son aquellas que tienen que ver con la dificultad para emitir determinados sonidos y que por lo general se deben a una causa orgánica. También pueden tener causa de tipo afectivo, sobre todo cuando se conservan lenguajes infantiles. Este tipo de trastorno es frecuente en los niños, donde importa establecer los diagnósticos diferenciales.

- ✓ **Dislalia:** (en vez de "chiche" dice "tite") se usa un fonema típico infantil, no accediendo a un fonema más adulto. En este caso, el trastorno estaría al nivel de la parte motora.
- ✓ **Disfasia:** el trastorno está en las áreas y se verifica en la comprensión del lenguaje, donde se hace imposible emitir un lenguaje comprensible. Se puede plantear el diagnóstico diferencial con la sordera, retraso mental o psicosis infantil.
- ✓ **Parafasia:** en el adulto, encontraremos las parafasias que son de dos tipos: las fonémicas y las sintácticas. Dentro de las parafasias fonémicas, la dificultad está en nombrar determinados objetos, sustituyendo un determinado fonema (en

lugar de "pipa" pronuncia "tipa"). En las parafasias sintácticas, la dificultad está en no encontrar la palabra para nombrar un objeto y sustituirla por otra palabra vinculada en lo semántico (ej: "pipa" por encendedor). Estos trastornos se ven en los cuadros de deterioro de algunas formas de demencia y puede ser índice para diagnosticar deterioros orgánicos demenciales o tumor cerebral.

- ✓ Afasia: se ven en los inicios de los cuadros demenciales y en los trastornos afásicos (hemiplejía).
- ✓ Disartria: Articulación imperfecta del habla debido a alteraciones del control muscular.

- **Sintácticas (o de la construcción del lenguaje)**

Puede estar relacionado con elementos de deterioro (demencia u oligofrenia) o puede aparecer en una desestructuración global de la personalidad, donde se pierde la estructura de la frase gramatical. También la encontraremos en algunas formas de la esquizofrenia.

Pueden ser:

- fragmentación: de las oraciones (estilo telegráfico o frases incompletas)
- reducción elíptica de la frase (palabras entrecortadas, monosílabos)
- desorden, encadenamientos (desprolijidad, expresiones embrolladas, fuga de ideas, disgresiones, etc.).

Puede estar relacionado con elementos de deterioro (demencia u oligofrenia) o puede aparecer en una desestructuración global de la personalidad, donde se pierde la estructura de la frase gramatical. También la encontraremos en algunas formas de la esquizofrenia.

- **Semánticas (o del significado)**

Se caracterizan por la alteración del sentido de las palabras o de las figuras (tropos) del discurso, en los que se destacan:

- los **neologismos** (palabras inexistentes en el lenguaje convencional, que son acuñadas por el propio paciente con un sentido particular para él y que se encuentran en relación al delirio)
- **paralogismos**, similar al neologismo pero con palabras ya existentes a las que el sujeto atribuye un significado propio diferente al socialmente compartido.
- Las metáforas herméticas,
- Las formas de "oscurecimiento" más o menos sistemáticas del lenguaje (palabras truncadas, inversión o fusión de fonemas, términos abstractos, palabras con sentido cambiado, etc.)

Cuando se combinan dos tipos de trastornos, por ej la desestructuración de la sintaxis con la aparición de neologismos, se puede llegar a una *esquizofasia*, en la cual el lenguaje se hace incomprensible (poco común, no compartido).

A veces los enfermos crean auténticos lenguajes personales: *glosolalia*. Este trastorno es difícil de diferenciar de la *jergafasia*, que es un trastorno en la

comprensión y emisión del lenguaje, pero provocado por una lesión en la corteza cerebral.

Los pensamientos que tienen cierta tendencia al intelectualismo, a una racionalidad excesiva, lo veremos en los neuróticos, en los adolescentes y/o en las etapas iniciales de los procesos esquizofrénicos. La racionalización excesiva puede estar actuando como defensa frente a la angustia adolescente o frente a angustias de fraccionamiento. El intelectualismo puede hacerse cada vez más abstracto, llevando el lenguaje a una situación cada vez más alejada de lo convencional, lo compartible.

- neologismos y paralogismos
- metáforas herméticas u oscurecimiento del lenguaje
- desestructuración: esquizofasia, glosolalia, jergafasia

- **De ilación (secuencia asociativa lógica o finalidad)**

Aquí el lenguaje se desvincula del emisor y del receptor, perdiendo la finalidad comunicativa.

- ensalada de palabras
- tangencialidad
- pararrespuestas
- perseveración
- condensación
- descarrilamiento

Alteraciones del curso

- **Ritmo**

El pensamiento puede estar enlentecido (bradipsiquia), vinculado a situaciones depresivas o también en algunas formas de esquizofrenia. El pensamiento acelerado (taquipsiquia) lo encontraremos en cuadros de alteración del humor (manía, hipomanía), pudiendo darse el telescopaje en su grado máximo. Aquí el ritmo es tan rápido que las palabras se juntan a modo de un telescopio

- acelerado:

taquipsiquia

fuga de ideas

telescopaje

- retardado:

Bradipsiquia

Continuidad

Otro tipo de alteración del curso del pensamiento se da con las interrupciones, bloqueos o como su nombre lo dice interceptaciones del pensamiento, que son características de las esquizofrenias. El paciente viene hablando de algo y en determinado momento es "tomado" por alguna vivencia y luego sigue en lo mismo o en otra cosa, pero esa interrupción no le provoca angustia.

- interceptaciones

- distracciones

Alteraciones del contenido

Toda idea extraña o fija constituye un trastorno del contenido del pensamiento:

- Ideas sobrevaloradas: "creencia persistente y no razonable que se mantiene con menos intensidad que la idea delirante (esto es, el sujeto es capaz de aceptar la posibilidad de que su creencia puede no ser cierta). La creencia no es aceptada por otros miembros de la cultura o sub-cultura a la que pertenece el sujeto"
- Ideas fóbicas
- Ideas obsesivas
- Ideas Hipocondríacas
- Ideas delirantes
- Experiencias delirantes o "delirium": Experiencia delirante primaria. Modificación transitoria del pensamiento, con carácter de agudeza. No tienen estructuración.
- Delirios: Implicaría una toma más global de la personalidad. Un cambio en la relación que la persona establece con el mundo, un corte, donde la idea delirante sería aquella que el paciente elige para restablecer el contacto con la realidad (una neorealidad). Esta idea pasa a centrar su existir en forma global.

Por lo tanto, hablamos de delirium o experiencia delirante en el caso de las enfermedades agudas, y de delirio e idea delirante donde toda la personalidad está implicada y por ello se trata de psicosis crónicas.

Delirio Vivencia: en situaciones agudas el sujeto siente que le hablan o se sienten poseídos por un demonio.

Delirio Contado: el sujeto le da o intenta darle una cierta coherencia a esas vivencias. Esto diferencia la situación aguda y la crónica.

Definición de Delirio

Son ideas delirantes, las que tienen las siguientes características:

- De carácter inefable
- Suponen una ruptura histórica y biográfica: nada es igual luego de ellas.
- El sujeto tiende a organizar su vida, su forma de ser y estar en el mundo en función de esas ideas: se transforma en el eje de su vida
- Son muy difíciles de compartir (incompartibles)
- Son irreductibles a la lógica de las contra-argumentaciones
- Son incoercibles: se mantienen con una gran fuerza
- No son puestas en duda por elementos provenientes de la realidad (no se someten a críticas)
- Motivan conductas
- El sujeto es el protagonista de la idea delirante (le pasa a él, no a los otros)

Delirio: Se trata de una serie de ideas que no son compartibles, que son irreductibles a la lógica, que se defienden con mucho tesón y, lo que es más importante, que cambian la forma de ser y de estar de esa persona en el mundo.

Memoria

La memoria es la capacidad de adquirir, retener y utilizar secundariamente una experiencia. Tiene 4 puntos esenciales:

1. Comprende varios procesos: entrada de información, registro y mantenimiento y salida de la información o conductas relacionadas de forma consciente con las inicialmente recibidas.
2. El registro y codificación comprenden mecanismos activos de transformación del contenido y a veces generan modificaciones sustanciales en la reproducción.
3. Se produce en estructuras nerviosas que vehiculan el proceso.
4. Forma parte del conjunto de la vida psíquica, siendo especialmente relevantes las emociones.

Bases de la memoria

- Aspectos socioculturales

En nuestro medio es frecuente que valoraciones de notable transcendencia, como exámenes, oposiciones y más aún el testimonio judicial, recaigan sobre el rendimiento de alguna forma de memoria. La memoria es un término muy común y un valor muy apreciado.

- Aspectos psicológicos

Podemos distinguir 3 conjuntos:

–Modelos longitudinales o modelos de compartimentos: diferencian varias etapas de la memoria, sobre todo las de breve y largo plazo.

–Modelos transversales o modelos de niveles de comunicación: el defecto del modelo anterior es que la distinción entre las diversas etapas no es siempre clara porque los sistemas de codificación intervienen desde el primer momento y son esenciales en todo el proceso. Este modelo defiende que la memoria depende más de la profundidad de procesado o codificación que de las etapas o compartimentos. En relación con este modelo se distingue entre memoria episódica, a través de la cual recordamos dónde y cuándo ocurrió algo, y memoria semántica, referida al bagaje de palabras, símbolos verbales y relaciones semánticas.

–Modelos diversos:

–La psicología cognitiva habla de memoria constructiva para referirse a aquellos aspectos activos de la memoria que transforman el material cuando se almacena y se reproduce.

–Por otro lado, hay razones experimentales para pensar que los procesos de recuerdo (recall) e identificación (recognition) mantienen cierta independencia. Estos mecanismos son relevantes en los fenómenos de déjà vu (falso positivo) y jamais vu (falso negativo).

–Además podemos distinguir entre procesos automáticos y por esfuerzo activo.

Diferencias de los primeros con los segundos es que utilizan poco caudal atencional, no interfieren en otras actividades cognitivas ni se benefician de la práctica. La afectación de uno u otro tipo de procesos varía según el cuadro.

Aspectos biológicos

Los fenómenos de la memoria involucran la estructura y función nerviosas:

-A nivel celular, las sinapsis electroquímicas intervienen en la memoria inmediata y la síntesis de proteínas y los cambios morfológicos hacen que la información perdure.

-A nivel neurofisiológico, se cree que la memoria inmediata radica en circuitos reverberantes córticosubcorticales. El hipocampo es necesario para la consolidación de casi todas las formas de memoria, excepto las habilidades motrices y ciertos aprendizajes perceptivos básicos. El material verbal ocupa preferentemente el hipocampo izquierdo (dominante) mientras que el no verbal ocupa el derecho. También intervienen el fórnix, cuerpos mamilares y núcleo dorsal del tálamo. La lesión de este área produce el síndrome amnésico. El almacenamiento depende del crecimiento físico de las neuronas y del aumento del número de conexiones sinápticas. Russell propuso que la memoria episódica se aloja en el lóbulo temporal mientras que la semántica es más difusa. Es muy probable que la rememoración radique en estructuras corticales y subcorticales, como el sistema límbico.

-A nivel neuroquímico, se implica sobre todo la acetilcolina, y más recientemente la ACTH, MSH, endorfinas, vasopresina, oxitocina, opiáceos y sustancia P. Casi todos los psicofármacos, incluido el Cannabis, han sido acusados de producir algún problema de memoria. También se han involucrado los digitálicos, diuréticos, metildopa, antiinflamatorios y antibióticos.

Retención y olvido

Hay una serie de factores que favorecen la retención y el aprendizaje: nivel de conciencia suficiente, forma de aprendizaje, motivación, atención, organización del material que hay que memorizar (prosa>verso) y la tonalidad afectiva. Los datos agradables se recuerdan mejor que los desagradables, y éstos mejor que los neutros. Además hay una variación circadiana de la memoria. La edad también influye: la capacidad amnésica crece desde la infancia hasta la adolescencia y decrece después, especialmente en la senectud. La capacidad de la memoria semántica puede aumentar a partir de la adolescencia. En el anciano hay dificultades de codificación sensorial que se atenúan con un adecuado suministro de la información.

Hay 3 teorías principales respecto al olvido:

1. Desvanecimiento de la huella con el paso del tiempo. No explica todas las formas de olvido.
2. Teoría de la interferencia, basada en los efectos de proacción (efecto que el aprendizaje de un material produce sobre un segundo material) y retroacción (efecto que el aprendizaje de un segundo material produce sobre el primero).
3. Olvido motivado o represión. Esta teoría constituye uno de los pilares fundamentales del psicoanálisis.

Freud propuso que algunas experiencias se olvidan porque son amenazantes y evocan ansiedad y son reprimidas y confinadas al inconsciente. Las huellas no son borradas pero se vuelven inaccesibles a la conciencia. Esta teoría es la que tiene mayor aplicación clínica, sobre todo en psicoterapia.

Exploración clínica de la memoria

Es útil para el diagnóstico y para el pronóstico proporcionando al paciente un mayor conocimiento de su situación. Por ejemplo, el patrón de la amnesia global transitoria es de mejor pronóstico que el de la enfermedad de Alzheimer.

Un esquema de exploración es ordenar los datos distinguiendo entre la información antigua (memoria remota) y la información nueva (memoria inmediata y memoria reciente).

1. La información antigua puede afectarse por factores emocionales y psicológicos en forma de lagunas selectivas (por ejemplo: olvida hablar de su primer matrimonio), lapsus (olvida el teléfono de su casa), equivocaciones orales (llama a su esposa por el nombre de su madre), distorsiones del recuerdo (afirma que se enfrentó a su jefe cuando en realidad fue éste quien le llamó la atención), y simulaciones (el alcohólico que al reincidir dice que aun médico, inexistente, le dijo que podía beber de nuevo).

También puede afectarse por alteraciones orgánicas cerebrales, se afecta tanto la información antigua como la nueva.

Las distorsiones psicológicas surgen en el marco de la entrevista pero para evaluar los patrones orgánicos de afectación de memoria remota es recomendable acudir a pruebas objetivas.

2. La información nueva puede alterarse afectándose sólo la información reciente y la información reciente y la inmediata a la vez. Nunca se altera sólo la información inmediata.

La memoria reciente se refiere a lo ocurrido o presentado varios minutos u horas antes. Interviene la función de consolidación, que al tener una localización bastante precisa puede tener trastornos específicos. Además suelen presentar alteraciones de la orientación espacial y temporal, que necesitan que la función retentiva esté íntegra.

La memoria inmediata se refiere a lo ocurrido o presentado unos segundos antes. Interviene la función de registro, que tiene una localización menos precisa porque depende del canal sensorial y del tipo de información. Se relaciona con las funciones de percepción, atención y conciencia, por lo que trastornos en éstas repercuten en este tipo de memoria.

3. En cuanto al método, el examen se puede realizar durante la entrevista sin test psicométricos, o con ellos para un estudio más detallado. En la entrevista hay 3 vías básicas para obtener información acerca de la memoria.
 - Lo que el paciente recuerda.
 - Lo que el paciente reconoce o identifica.
 - Lo que el paciente reproduce.

La memoria remota se examina a través de lo que el paciente recuerda e identifica. La memoria reciente se examina a través de lo que el paciente recuerda, identifica y reproduce. La memoria inmediata se examina a través de lo que el paciente identifica y reproduce.

Otros dos elementos de utilidad en la evaluación de los trastornos de la memoria son:

–la diferencia objetiva–subjetiva en la queja de la memoria.

–la reacción que manifiesta el paciente frente al trastorno: negación, reacciones catastróficas, confabulación o fabulación.

TRASTORNOS DE LA MEMORIA

- *Amnesia*

Es un trastorno de la memoria que impide total o parcialmente memorizar (registro, retención y evocación) una información o un período de la vida del individuo.

Tipos

Según una clasificación cronológica:

Amnesia retrógrada

Es una pérdida de memoria que abarca el período previo a la aparición del trastorno, generalmente orgánico, que dio lugar a la amnesia. A menudo va acompañada de amnesia anterógrada.

Amnesia anterógrada

Es una pérdida de memoria que abarca el período consecutivo a la aparición del trastorno, generalmente orgánico, que dio lugar a la amnesia. En todos los casos se afecta la memoria reciente (trastorno límbico).

Amnesia lacunar o localizada

Es una pérdida parcial de la memoria que abarca un período concreto. Se utiliza específicamente para la amnesia que el paciente guarda acerca de un período de trastorno de la conciencia, como obnubilación, estado confusionales o estado de coma.

Amnesias afectivas: por ansiedad, selectiva y psicógenas.

-amnesia por ansiedad: por la influencia de estado de ansiedad excesiva, pánico o tensión sobre la capacidad de fijación. El mecanismo está presumiblemente ligado al aumento brusco de la activación. Por otra parte, la ansiedad puede interferir con los sistemas de recuperación de las huellas ya fijadas.

-amnesia selectiva: pérdida parcial, como en la amnesia lacunar, pero en ésta la información olvidada es más sutil y significativa que brusca y global.

-amnesias psicógenas: similares a las selectivas, pero de mayor gravedad y aparatosidad.

Barbizet divide las amnesias en afectivas y orgánicas. Entre las orgánicas distingue entre axiales y corticales.

Amnesias axiales

Por lesiones de estructuras indispensables para memorizar y utilizar la información: sistema reticular ascendente y sistema límbico.

Amnesias corticales

Por lesiones de zonas de almacenamiento representadas por los engramas neuronales de la corteza de los dos hemisferios.

Formas clínicas específicas de amnesia

Puede ser parte esencial del cuadro clínico o incluso conferirle el nombre.

Amnesia global transitoria (AGT)

Amnesia aguda que durará varias horas (normalmente menos de 24) acompañada casualmente de otros trastornos neurológicos como hemiparesias. A menudo es un único episodio. Afecta más a varones. Hay:

- Una conservación de la memoria inmediata.
- Un trastorno grave de la memoria reciente, que ocasiona un notable cuadro de desorientación.
- Una amnesia retrógrada que abarca varias horas antes de iniciarse el cuadro.

Una vez terminado, el paciente no recordará lo sucedido durante el episodio (amnesia lacunar). Se cree que se debe a una disfunción hipocámpica transitoria por descargas del lóbulo temporal o alteraciones vasculares.

Amnesia postraumática

Es frecuente y de notable interés teórico. Se aprecia en los períodos de trastornos de conciencia, perdura después y alcanza recuerdos anteriores al accidente. La duración de la amnesia postraumática anterógrada guarda relación directa con la gravedad de la lesión cerebral.

Amnesia psicógena

Es la incapacidad súbita de recordar información personal importante en ausencia de un trastorno orgánico cerebral. Puede ser localizada en un período de tiempo de horas o días o sistematizada (selectiva), que abarca ciertos sucesos, o generalizada, más rara vez. Con bastante frecuencia existen acontecimientos precipitantes.

Se pueden vislumbrar beneficios secundarios (conducta propositiva) más o menos ocultos.

Síndrome amnésico

Es el trastorno patrón de la memoria que aparece en la afectación de las bases límbicas de ésta. El prototipo es el síndrome de Korsakoff. Se compone de:

1. Conservación de la memoria inmediata.
2. Alteración de la memoria reciente.
3. Capacidad relativamente conservada de la memoria remota con la importante excepción de la presencia de amnesia retrógrada variable del período previo al trastorno.
4. Otras funciones cognitivas y personalidad relativamente intactas.

Hipermnesias

Es un incremento anormal, total o parcial, de la capacidad de memorizar (registrar, retener, evocar). Es preciso considerar la forma en que se ha codificado la información.

Paramnesias

Son distorsiones o errores de la memoria en grado patológico. Constituye un recuerdo deficitario y una rememoración o identificación distorsionada. Se pueden distinguir las paramnesias del recuerdo y las del reconocimiento.

–En las distorsiones del recuerdo se incluyen las transformaciones ideativas (es decir, de índole psicológica) que el individuo hace de situaciones o experiencias pasadas.

–En las paramnesias del reconocimiento se incluyen la reduplicación o paramnesia reduplicativa, los falsos reconocimientos, el *dejà vu*, *dejà vécu* o *dejà entendu* o sus opuestos *jamais vu*, *jamais vécu*, o *jamais entendu*.

Dos situaciones en las que hay una evocación gravemente distorsionada son:

–La confabulación, que es una falsificación de la memoria que aparece en un estado de conciencia lúcida y asociado a una amnesia orgánica. A menudo el trastorno desaparece a un ritmo similar, no idéntico, al ir mejorando la amnesia. Se distinguen 2 tipos:

–Cuando intenta rellenar los graves defectos de su memoria como excusando sus conductas y vivencias que ha olvidado.

–La que excede la necesidad de "relleno" y consta de relatos fantásticos.

La confabulación es patognomónica de la presbiofrenia.

-La pseudología fantástica es el relato falso incontrolado de historias fantaseadas, que llega a creerse, lo cual lo distingue del fenómeno de "soñar despierto". Es muy frecuente en las histerias y en los trastornos facticios.

Cabalgando entre la confabulación y la pseudología existe el término fabulación.

Psicopatología de la memoria en trastornos psiquiátricos y en la terapéutica

Trastornos orgánico-cerebrales difusos

En estos pacientes la memoria está siempre alterada, lo que es valioso para el diagnóstico.

En los cuadros agudos hay trastornos de conciencia, atención y a menudo percepción. Está afectada la memoria inmediata, reciente y remota. Pueden surgir falsas memorias, confabulaciones y falsas identificaciones.

En los cuadros crónicos el trastorno de la memoria suele ser de los primeros en aparecer. Al principio son despistes y fallos intermitentes. Evolucionan con carácter larvado. A medida que avanza el cuadro, el paciente parece darse menos cuenta de sus trastornos, da a veces excusas superficiales y con frecuencia existe clara confabulación.

Depresión

Con cierta frecuencia los pacientes deprimidos se quejan de su memoria y a veces de modo prominente. Se ha atribuido a la acentuación de rasgos hipocondríacos y a efectos de la terapéutica. La propia depresión produce alteraciones variadas en la memoria, que incluso pueden remedar una demencia (Pseudo-demencia depresiva). Hay dos repercusiones básicas de la depresión sobre la memoria: la distorsión y la merma.

-La distorsión es la deformación del recuerdo por las perspectivas melancólicas del paciente.

-La merma está bien documentada.

Esquizofrenia

Los pacientes esquizofrénicos que en su primer ingreso tienen un trastorno de memoria tienen un peor pronóstico. Hay un retardo en el procesamiento de la información posterior a la etapa periférica sensorial. Hay un déficit de codificación, tanto en agudos como en crónicos, y un déficit de post-codificación sólo observado en crónicos.

Terapéutica psiquiátrica

La terapia electroconvulsiva (TEC) y los psicofármacos pueden producir trastornos de la memoria.

Los datos objetivos no parecen demostrar ningún trastorno persistente de la memoria asociado a la TEC, pero las impresiones subjetivas de los pacientes han sido a veces discrepantes. El efecto terapéutico de la TEC no depende del efecto amnésico. La corriente de pulso breve y baja energía produce efectos amnésicos mucho menores que la corriente sinusoidal de alta energía para igual eficacia terapéutica.

Inteligencia

El concepto de inteligencia ha sido y es motivo de discrepancias entre los psicopatólogos.

William Stern nos propone la siguiente definición: "La inteligencia es la facultad personal de adaptarse a nuevas exigencias, utilizando para ello adecuadamente las pautas del pensar de que disponga". Stern subraya tres elementos: 1. la facultad personal, 2. el uso adecuado de pautas del pensar, y 3. nuevas exigencias. O sea una aptitud personal solamente medible frente a situaciones que no sean rutinarias sino nuevas y que su mejor o peor calidad se muestra en el uso adecuado del pensamiento como medio.

O. Lipmann plantea "Inteligencia es la facultad de captar objetivamente ciertos contenidos dados y elaborados con sujeción a determinadas metas". Para Lipmann lo que Stern llama uso adecuado, es la "captación objetiva" y la "elaboración metódica".

Wechsler en su obra "La medición de la inteligencia en los adultos" escribe:

"Inteligencia es la facultad compuesta o global del individuo de actuar adecuadamente, pensar razonablemente y relacionarse efectivamente con su mundo circundante". El aporte nuevo de Wechsler está en el considerar la inteligencia como una facultad compuesta o global, señalando acá una diferencia de aspecto en el sentido de lo funcional y estructural. Según consideremos a la inteligencia en forma funcional -por su efecto- o estructural -por su forma interna-, se nos aparece en el sentido indicado (compuesta o global). Es global porque caracteriza la conducta del individuo como todo. Wechsler dice que la inteligencia es compuesta porque la investigación reciente ha podido aislar una serie de factores de inteligencia que son independientes. O sea que compuesta no quiere decir que la inteligencia es una combinación sumativa de determinadas habilidades individuales. Los resultados de rendimiento de una conducta inteligente no constituyen una simple función de la cantidad de habilidades especiales. Por lo tanto, el exceso en determinada habilidad, colabora relativamente poco en la conducta inteligente tomada en general. Sin duda, la memoria como función accesoria es de significativa importancia para el dominio de ciertas situaciones vitales. Pero más allá de cierto punto ya no aportará gran cosa. Lo mismo sucede por ejemplo con el pensar lógico. Podemos resumir lo anterior diciendo que el efecto óptimo de las funciones individuales es determinado por la configuración formal que las abarca (Heinz Rolf Lückert, 1965).

Hemos señalado los conceptos más relevantes en relación a la inteligencia. Revisemos ahora los procedimientos para poder evaluar esta capacidad que llamamos inteligencia. Los podemos reducir a dos categorías: los análisis factoriales y los análisis descriptivos.

I. Análisis factoriales: a comienzos de siglo Thorndike diferenció la inteligencia en tres tipos principales o factores de la inteligencia:

1. La inteligencia abstracta o verbal como habilidad en el uso de símbolos lingüísticos.
2. La inteligencia práctica como habilidad en el manejo de objetivos; y
3. La inteligencia social como habilidad en el trato con la gente.

Spearman plantea que las facultades intelectuales deben ser comprendidas como función de dos factores. De un factor general que es común a todas las facultades, y de un factor especial (o específico), que sirve de base a cada facultad individual.

Correlacionando una gran cantidad de tests, confirmó la existencia de un factor general g en la inteligencia. Pero no prosiguió sus investigaciones para los factores específicos. Thurstone opuso a la teoría bifactorial de Spearman su teoría multifactorial. De los 13 factores que pudo establecer han adquirido especial importancia: el talento matemático, el lingüístico, el lógico y en segundo lugar, la velocidad de comprensión, la memoria y la representación espacial. Alexander confirmó en lo fundamental la teoría de Spearman. Señaló que entre la inteligencia práctica y verbal hay una correlación de 0,50, o sea que debe suponerse la existencia de un factor g .

Thomson y Thorndike sostienen que todos los resultados de los tests de medición provienen de una gran cantidad de factores elementales de talento, no determinados ni determinables con precisión, pero de los que se usan unos pocos. O sea durante los tests de inteligencia no sabemos hasta qué punto las etapas individuales captan la inteligencia general y hasta qué otro los factores específicos.

II. Análisis descriptivo: desde este punto de vista se puede demostrar la existencia de importantes rasgos de conducta inteligente y talentosa que tienen especial relevancia en la práctica vital, y que van más allá de los planteados por el análisis factorial.

Heins-Rolf Luckert cita en su texto "La problemática del diagnóstico de personalidad" a Siegfried Behn, quien ha descrito los siguientes diez rasgos de la inteligencia y del talento:

A. Inteligencia táctica:

1. Sapiente: gracias a la paciencia puesta en la laboriosa búsqueda de experiencias y gracias a la tenacidad, lograr el dominio de ciertas habilidades.
2. Múltiple: capaz de resolver variedad de situaciones que exigen un talento original directo y juicio maduro.
3. Sagaz: en situaciones sorprendidas localizar de inmediato la circunstancia decisiva y resolver con rapidez, con seguridad y con confianza la situación planteada tanto de palabra como de hecho.

B. Inteligencia teórica:

4. Seguro: captar en sus rasgos más significativos, a partir de un punto de vista apropiado para ello, una misión ya comprendida en general, para solucionarla con procedimientos lo más simple que sea posible.
5. Prudente: frente a una misión que exige juicio, tener la facultad de comparar valorativamente todos los aspectos que puedan favorecer su solución.
6. Crítico: la facultad de reconocer sin prejuicios el valor de cualquier objeto, y seleccionarlo diferenciadamente de otros objetos y valores.
7. Metódico: la facultad de reconocer claramente los caminos apropiados para la solución de la misión y proseguir planificadamente por ellos, incluyendo también soluciones transitorias.

C. Inteligencia práctica:

8. Experimentado: en cada situación y bajo cada circunstancia describir con seguridad las virtudes y los defectos de los hombres y de las cosas que los rodean, evitar ensayos y pruebas inútiles al reconocerlos prontamente como tales.
9. Reflexivo: mantener la calma y quedar libre de pasiones, de prejuicios y de reproches - en situaciones peligrosas, apremiantes y contradictorias-, conservar fácilmente la clara

y segura visión del observador y del juicio indubitable sobre lo que se debe hacer, dejar de hacer y el procedimiento a seguir en cada caso.

10. Ocurrente: incluso antes del juicio pensado y elaborado mediante la evaluación de las circunstancias, se verifica la afluencia de soluciones y objetivos de todo tipo, emergente de niveles inferiores del intelecto.

En la práctica clínica nos surge la necesidad de cuantificar el compromiso de la inteligencia y en lo posible determinar cuáles son los factores alterados. Tiene gran valor la aproximación descriptiva, en especial durante la entrevista clínica, o en condiciones en que la cuantificación de la inteligencia nos parece un detallismo innecesario. Pero en lo fundamental la inteligencia es una capacidad que desde un punto de vista psicopatológico corresponde a un instrumento del vivenciar que enriquece nuestra perspectiva clínica cuando los medimos y cuantificamos. Con la finalidad de que esta medición sea lo más objetiva posible, se han desarrollado pruebas de rendimientos estandarizados, denominados tests de inteligencia. Cabe agregar que este procedimiento es también fenomenológico en cuanto describe aunque en forma estandarizada la capacidad de este instrumento del vivenciar que llamamos inteligencia. Sin embargo, no siempre es necesario ni posible someter al sujeto a un test de inteligencia, por lo cual el clínico debe adquirir el máximo de destreza en la determinación del compromiso de la inteligencia, a través de la entrevista clínica. Ayuda a este adiestramiento el tener lo más claro posible los factores generales básicos de la inteligencia, entender de qué manera se cuantifican a través de los tests y entrenarse en extrapolar esta medición de rendimiento a la "situación de prueba" que es la entrevista clínica. En nuestro intento de ayudar al clínico en este adiestramiento, a continuación señalaremos los factores que nos parecen básicos en la medición de la inteligencia, en seguida analizaremos el test de Wechsler en esta perspectiva, mostrando finalmente cómo estos factores se pueden apreciar en la entrevista clínica. Como definición básica, nos parece que Lipmann apunta a lo esencial de la inteligencia: "es la facultad de captar objetivamente ciertos contenidos dados y elaborados con sujeción a determinadas metas". Esta misma definición se puede expresar como que "la inteligencia es la capacidad operatoria de trabajar con la ayuda de esquemas cada vez más complicados y móviles, conforme a un plan lógico en la resolución de un problema". Así entonces, en la intelección, comprensión y solución hay dos estructuras que se complementan. Por una parte el dominio de la capacidad de esquematización del pensamiento (que los guesaltistas llaman la puesta en forma) y por otra parte un sistema en cierto modo legislativo de las reglas del conocimiento (razonamiento, lógica). Estas dos estructuras complementarias constituyen dos grados de formación y de funcionamiento de la inteligencia. Al primer grado corresponde lo que en materia de inteligencia animal se llama aprendizaje y memoria asociativa, y que en los hombres Piaget ha llamado mecanismo de asimilación. Es análogo a lo que quiere denominar Lipmann como "la facultad de captar objetivamente ciertos contenidos". El segundo grado corresponde al área del juicio y de las relaciones lógicas, entendidas como las reglas del saber y del conocimiento de la verdad bajo su aspecto "normativo". Esta es "la elaboración de los contenidos con sujeción a determinadas metas" o sea con una metodología, y por ende con una normatividad.

En resumen, podemos afirmar que los dos factores fundamentales de la inteligencia son la capacidad de asimilación y la capacidad de operación lógica.

B. Test de Wechsler

A continuación describiremos el test de Wechsler y ordenaremos sus pruebas en torno a estos dos factores básicos: asimilación y razonamiento lógico. Siguiendo de cerca el análisis hecho por David Rapaport en su texto "Test de diagnóstico psicológico", el test de Wechsler está dividido en dos subtests: Subtests verbales y subtests manuales. Los subtests a su vez se pueden dividir de la siguiente manera:

comunicación establecida en la sesión o entrevista, evitando un interrogatorio dirigido. Esta habilidad se adquiere conociendo las variables fundamentales que constituyen la inteligencia y aprendiendo a reconocerlas en la interacción con el paciente, objetivo que hemos intentado cumplir someramente en este capítulo.

2.2. PSICOPATOLOGÍA DE LA INTELIGENCIA

En casi todos los textos de psicopatología y psiquiatría se reduce la psicopatología de la inteligencia a las oligofrenias. Incluso algunos usan el término oligofrenia en un sentido psicopatológico amplio, para referirse a diversos compromisos de la inteligencia. Este enfoque nos parece confuso ya que este término tiene una connotación nosológica o sindromática y no de síntoma psicopatológico. Fieles al punto de vista fenomenológico, proponemos llamar Retardo Mental, ya sea mínimo, leve, moderado, severo o profundo, al compromiso psicopatológico de la inteligencia, independiente de su etiología: y oligofrenias al cuadro clínico nosológico o sindromático. Evitamos así una confusión entre psicopatología y nosología psiquiátrica. Por lo mismo, la descripción psicopatológica de cada uno de los trastornos de la inteligencia se hará en relación a los factores fundamentales de la psicología de la inteligencia, vale decir, su capacidad de asimilación y de razonamiento lógico. No será una descripción de las oligofrenias, cuadro clínico con una serie de otros compromisos además de la inteligencia.

Otra forma de alteración psicopatológica de la inteligencia es el deterioro. Es un trastorno de la inteligencia que aparece una vez que el sistema nervioso ha logrado su completo desarrollo, a diferencia del RM que se presenta antes de que el SNC esté completamente maduro. Este límite se considera alrededor de los 4-6 años; sin embargo, el DSM III, llama oligofrenia a los trastornos de la inteligencia anterior a los 18 años, y sugiere hacer ambos diagnósticos. demencia y oligofrenia a pacientes que teniendo una inteligencia previa normal, si se les compromete antes de los 18 años. El compromiso precoz de la inteligencia o retardo mental, y el compromiso tardío de la inteligencia o deterioro son las dos formas psicopatológicas bajo las cuales resulta conveniente clasificar los trastornos de la inteligencia.

A. RETARDO MENTAL O COMPROMISO PRECOZ DE LA INTELIGENCIA.

Citamos casi textualmente a David Wechsler, "La Medición de la Inteligencia Adulta—, 1964.

Se ha expresado el grado de inteligencia por un valor que se llamó edad mental. Ésta equivale al grado de madurez intelectual típico de cada edad cronológica. La edad mental es un puntaje basado en el rendimiento de una prueba de desarrollo mental, y que se determina por el nivel de dificultad que es capaz de resolver el sujeto en las

pruebas del test. Esto significa que si un niño sólo pasa los ítems correspondientes al promedio de los 10 años, tendrá un puntaje correspondiente a 10 años de edad mental, independientemente de su edad cronológica real. El niño estrictamente normal tendrá una edad mental igual a su edad cronológica. Si su edad mental es mayor que la cronológica, será de inteligencia superior al promedio, y si la primera es inferior a la segunda, habrá retardo en su desarrollo intelectual, es decir, su inteligencia será inferior a lo normal. Por lo tanto, la diferencia entre la edad mental y la cronológica indica el grado de avance o retardo mental. Se consideran anormales los niños que presentan un retardo mental de 2 años o más a la edad de 9, y de más de 3 años a la edad de 12.

La Edad Mental no es un índice de brillo o torpeza intelectual. El rendimiento de una persona sólo puede considerarse brillante o torpe si podemos compararlo con el rendimiento de los otros individuos de su misma edad.

Para indicar el grado de inteligencia se usa el cociente intelectual (CI), que es el cociente entre la edad mental y la cronológica. Según esto, un niño de 10 años con una E.M. de 8, tendrá un cociente de inteligencia igual a 0,80 siendo de 1,00 el cociente estrictamente normal o típico, cuando ambas edades son iguales.

En la práctica estos cocientes se expresan en números enteros en vez de decimales. Así los arriba mencionados se expresarían por 80 y 100, respectivamente.

Ansiedad

- etimológicamente: incomodidad
- sentimiento de aprehensión causado por la anticipación de un peligro, interno o externo
- se expresa generalmente por inquietud psicomotriz, con temor de algo que va a suceder en el futuro

Angustia

- etimológicamente: estrechez, angostamiento
- dolor "afectivo" que se expresa fundamentalmente a nivel somático: llanto, bolo faríngeo, angor pectoris.

Indiferencia o frialdad afectiva / anhedonia

- pérdida de interés y alejamiento de todas las actividades regulares y placenteras, suele asociarse a depresión
- incapacidad para experimentar placer

Embotamiento afectivo / desapego / paratimia o inadecuación afectiva / labilidad afectiva / distimia

- etimológicamente: sería toda disfunción del humor
- DSM III emplea el término "trastorno distímico"
- Sustituye el concepto de depresión neurótica
- Pierde su característica de síntoma para pasar a ser un síndrome clínico

Disforia

- etimológicamente: malestar
- sensación de malestar general, más específicamente un estado de ánimo depresivo
- puede incluirse ansiedad e inquietud

Alexitimia

- etimológicamente: falta de palabras para expresar los afectos
- pacientes con incapacidad o dificultad para describir o percibir las propias emociones o estados anímicos
- similar al pensamiento operatorio de Marty

Dolor moral

- autodespreciación (minusvalía): sentimientos de incapacidad, minusvalía
- autoacusación: sentimientos de culpa, de falta
- tristeza profunda
- anestesia afectiva

Psicomotricidad

La actividad motora incluye la actitud, el reposo y el movimiento del individuo. El ser humano se expresa y nos da información objetiva (estado de conciencia, orientación, etc.) a través de la mímica, los gestos, la actitud y sus movimientos.

a) Las **relaciones de la motilidad y la psicopatología** tienen dos aspectos fundamentales:

i) La expresividad: Constituye un elemento relacional y una forma de comunicación. Sus dimensiones se transmiten a través de *símbolos*, y están configuradas por *factores psicológicos y socioculturales*. Puede ser modelada por la interacción recíproca entre el emisor y el receptor del mensaje, sin que haya alteraciones de la estructura.

ii) La estructuralidad: Es la determinación estructural nerviosa del movimiento. Se transmite a través de *signos*, y está configurada por *factores neurofisiológicos*. Sus modificaciones producirán cambios de la expresividad, y patrones motores más arcaicos y autónomos.

Los trastornos clínicos de la psicomotricidad corresponden a anomalías en una dimensión u otra.

b) **Símbolos no verbales y expresión:** Las expresiones motoras son una forma de comunicación no verbal. Se puede expresar los afectos a través de la expresión facial, los movimientos oculares, los gestos, las posturas, las inflexiones y el tono de la voz, el contacto físico, etc.

Podemos describir diversos tipos de conducta no verbal (Ekman y Friesen, 1969):

- ✓ Emblemas: Actos no verbales, con una traducción verbal directa conocida (ej.: hacer la V con los dedos, amenazar con el puño, etc.).
- ✓ Ilustraciones: Movimientos ligados al habla que ilustran lo que se está diciendo (ej.: movimientos de las manos o la cabeza que acentúan una frase).
- ✓ Exhibiciones afectivas: Expresiones faciales de emociones primarias.
- ✓ Reguladores: Conductas no verbales que influyen en el ritmo de intercambio verbal.
- ✓ Adaptadores: Conductas que no intentan transmitir un mensaje, que son fragmentos de actos adaptativos (ej.: frotarse la cara, rascarse).

c) **Estructuración neuronal de los signos psicomotores:** Las bases neurológicas del movimiento se estructuran en tres niveles:

- ✓ La corteza motora (síndrome piramidal)
- ✓ Los ganglios de la base (síndrome extrapiramidal): Son fundamentales en la iniciación del movimiento. Su patología se asocia a otros síntomas psicopatológicos (ej.: enfermedad de Huntington, Parkinson, etc.), lo cual sugiere que puede existir un mecanismo común en la producción de síntomas motores y psiquiátricos.
- ✓ El cerebelo

2) **EXPLORACION DE LA PSICOMOTRICIDAD:** Previamente a la exploración de la psicomotricidad es imprescindible realizar una **exploración neurológica**, que nos permita descartar o diagnosticar trastornos neurológicos motores. La exploración de la psicomotricidad se basa en:

- ✓ La expresión facial: Existen unos patrones genéticos que determinan unas expresiones primitivas básicas universales (Ej.: alegría, tristeza, miedo), que se modelan por factores educativos, sociales y por las características de personalidad de cada individuo. Hay enfermedades que producen trastornos en la mímica facial (Ej.: amimia parkinsoniana, lesiones del hemisferio derecho). En la entrevista clínica, la expresión facial es un elemento de comunicación muy importante, que puede vehicular dimensiones como empatía, afectividad, etc.
- ✓ Las características del habla: Diversos parámetros como el volumen, la velocidad en el habla espontánea, la duración de las frases, el ritmo, pueden ofrecer información general del estado psicomotor.
- ✓ La motórica general: Es importante analizar la postura, la marcha, los gestos. Se deben recoger aspectos cuantitativos, cualitativos y la proporcionalidad y adecuación al contexto en que se producen. Hay que distinguir entre la actividad espontánea y la inducida o provocada. La exploración de la psicomotricidad debe prolongarse después de la visita médica (estando solo, con la familia, durmiendo, etc.), para detectar conductas de simulación, la influencia de la ansiedad en un movimiento, etc.

1) **TRASTORNOS DE LA PSICOMOTRICIDAD:**

La motilidad puede estar aumentada en numerosos cuadros psíquicos, denominándose de forma genérica *hipercinesia*.

Distinguiremos diversos cuadros psicopatológicos: inquietud, agitación, acatisia.

a) **Inquietud psicomotriz:** Estado de hiperactividad psíquica y motora donde las acciones no están claramente ordenadas ni dirigidas hacia la consecución de un fin determinado.

Es la expresión de un desasosiego interno, y suele aparecer en los trastornos de ansiedad. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con la acatisia.

b) **Agitación psicomotriz:** Es un síndrome psicomotor muy frecuente, que tiene numerosas presentaciones y etiologías, siendo una de las urgencias psiquiátricas más habituales. Se compone de una hiperactivación psíquica y motora, que incluye exaltación motora con rápida sucesión de movimientos, gestos e impulsos a deambular o correr, que pueden ser más o menos intencionales o automáticos, pero que suelen carecer de un objetivo estable común. En ocasiones se acompaña de un trastorno de la conciencia. Existe un potencial agresivo hacia sí mismo y hacia los demás que justifica su atención urgente. Su etiología es diversa:

I) Agitaciones reactivas a acontecimientos vividos, frustraciones, imposición de normas, etc.

II) Trastornos de base orgánica: En estos cuadros hay una alteración de la conciencia, que dificulta aún más la contención externa. La impulsividad es muy característica.

- *Intoxicación por alcohol o sustancias psicoactivas* (cocaína, anfetaminas, etc.).
- *Trastornos orgánicos cerebrales:* delirium tremens, cuadros confusionales en pacientes con demencia, cuadros epilépticos, trastornos metabólicos, etc.

III) Trastornos psiquiátricos:

- *La agitación maníaca* suele aparecer cuando el estado de ánimo irritable predomina sobre el eufórico, y puede hacer que estos pacientes sean agresivos y violentos.
- Entre los *pacientes depresivos* se aprecian episodios de agitación en las melancolías involutivas y en los cuadros depresivos seniles. La agitación es poco frecuente en las fases depresivas de los trastornos bipolares, en las que predomina la inhibición.
- En la *esquizofrenia* la aparición aguda de los síntomas se asocia a una intensa angustia psicótica, enmarcada en la sintomatología psicótica, y a un estado de agitación notable. Los actos son extravagantes y aparentemente absurdos. Una forma especial es *la esquizofrenia catatónica*, en que se observa una inmovilidad y un automatismo característicos, entrecortados por episodios de agitación.

c) **Acatisia:** Situación en la que el paciente es incapaz de permanecer quieto, acompañada de una sensación subjetiva de intranquilidad interna. También se conoce como el “*síndrome de las piernas inquietas*”. Es un efecto adverso de los fármacos neurolépticos, que puede aparecer al principio del tratamiento o tras varios meses. Aparece en el 20% de los casos; más frecuente con antipsicóticos de alta potencia y en formas de liberación retardada. Se trata reduciendo la dosis de neuroléptico y asociando benzodiacepinas o fármacos anticolinérgicos. Es importante reconocer este síndrome, ya que si se atribuye al trastorno psicótico, y se trata incrementando la dosis de neuroléptico, empeoraría el cuadro clínico.

d) **Inhibición psicomotora:** Es el síndrome psicopatológico inverso al anterior. Lo podemos definir como el defecto en la energía necesaria para poner en marcha los movimientos. Suele acompañarse de una dificultad en la expresividad del lenguaje y gestos. Para referirse a este estado clínico, se utilizan otros términos como **retardo psicomotor** en los cuadros depresivos, o **acinesia e hipocinesia** en el síndrome parkinsoniano.

Entre los trastornos psiquiátricos, los *cuadros depresivos* son los que producen estados de inhibición con mayor frecuencia. En estos pacientes hay un retardo de las funciones psíquicas (pensamiento) y motoras (postura estática de desánimo, abatimiento, disminución del tono muscular). Existen autores, como Widlöcher (1983), que defienden un modelo de depresión en que el retardo psicomotor sería primario en la melancolía; lo considera como el síntoma principal de la depresión endógena, e independiente de los otros síntomas.

Otro estado de inhibición se produce en los *esquizofrénicos*, con una afectividad más indiferente y un pensamiento más desestructurado.

La exploración del paciente inhibido es compleja, ya que a menudo no podemos contar con su colaboración.

e) **Estupor:** El estupor es un síndrome caracterizado por la reducción o ausencia de las funciones de relación (habla o motilidad); es decir, por el **mutismo y la acinesia**. Los signos clínicos que lo caracterizan son:

- Disminución o supresión de las actitudes motoras relacionales espontáneas o reactivas.
- Mutismo

- Trastornos vegetativos, con respuestas extrañas al frío o al calor.
- Trastornos de la micción, defecación y alimentación.
- Catalepsia, negativismo, manierismos, estereotipias y ecofenómenos.
- Pueden asociarse alteraciones de la conciencia, alucinaciones, delirios.
- Su descripción ha ido evolucionando a lo largo de la historia y actualmente se define como *un síntoma primario motor a modo de vestigio de un programa comportamental arcaico* (Berrios, 1981).

El estupor puede ser de causa orgánica y psiquiátrica. El diagnóstico diferencial es complejo, pero suele establecerse de acuerdo a que en el estupor psiquiátrico el EEG suele ser normal, no hay otros síntomas neurológicos, y aparece nistagmo a la estimulación oculovestibular.

i) El estupor orgánico se asocia a una alteración de la conciencia. Puede observarse en intoxicaciones por sustancias psicoactivas, demencias, estado post-ictal epiléptico, y otros procesos orgánico-cerebrales.

ii) Las causas psiquiátricas de estupor son: Esquizofrenia catatónica, estupor melancólico e histeria

f) **Catatonía:** Es un síndrome psicomotor característico, que incluye síntomas como *catalepsia, negativismo, estupor, ecosíntomas, mutismo, rigidez muscular y estereotipias*. También pueden aparecer actos impulsivos aparatosos o agresivos.

Uno de los elementos más característicos es la **catalepsia o flexibilidad cérea:** actitud inmóvil con la musculatura rígida, de manera que pueden colocarse los miembros del sujeto en posiciones forzadas, incómodas y antigraavitatorias, sin que el sujeto vuelva a su posición original. Se ha descrito la “*almohada psicológica*” como una característica clínica poco frecuente, pero muy significativa de este estado.

Los **ecosíntomas**, también denominados **obediencia automática**, consisten en que el individuo repite automáticamente movimientos (ecopraxia), palabras (ecolalia) o gestos (ecomimia), producidos por el interlocutor. A veces se observa “**la respuesta del último momento**”, en que el individuo, tras no responder a una pregunta, articula una palabra o ruido simple ante el ademán de marcharse del interlocutor.

El **negativismo** puede ser **pasivo** (actitud sistemática negativa del paciente) o **activo** (tan sólo cuando se le obliga a realizar algún acto).

Kahlbaum en 1873 fue quien consideró este síndrome como una entidad nosológica. Kraepelin lo incluyó como un subtipo de esquizofrenia. Johnson en 1993 define la catatonía como un síndrome neuropsiquiátrico causado por una gran variedad de trastornos orgánicos, que se manifiesta en forma de catalepsia con un estado mental anormal. Los cuadros catatónicos pueden aparecer en trastornos afectivos, alteraciones de los ganglios basales, límbicas y diencefálicas, y otros cuadros neurológicos, metabólicos, tóxicos y farmacológicos.

Una vez estudiadas las alteraciones cuantitativas de la psicomotricidad, pasaremos a describir las alteraciones cualitativas de la misma: estereotipias, manierismos, tics, temblor.

g) **Estereotipias:** Se definen como la repetición reiterada e innecesaria de un acto que puede aparecer en la mímica facial o en la mímica corporal general. Según la *complejidad del movimiento*, pueden distinguirse dos tipos de estereotipias:

i) Simples: frotar, rascar, etc. Son frecuentes en los trastornos orgánicos cerebrales de evolución demencial. Serían signos de desintegración.

ii) Complejos: movimientos de las manos, tocar los cabellos, jugar con un objeto, dar vueltas, balancearse, etc.). Son típicos de trastornos psíquicos, como la esquizofrenia.

Es importante diferenciar las estereotipias de los trastornos del sistema extrapiramidal producidos por los tratamientos neurolépticos, como la discinesia tardía o las distonías agudas.

h) Manierismos: Son los movimientos parásitos que aumentan la expresividad de los gestos y de la mímica, de forma grotesca y extravagante. Son propios de cuadros esquizofrénicos residuales, en los que hay una pérdida del contenido afectivo de los movimientos y gestos volviéndose vacíos de contenido e insulsos.

i) **Tics:** Son movimientos rápidos y espasmódicos, que aparecen en general en la cara, cuello y cabeza, de forma repetitiva e involuntaria, y que aparentemente carecen de sentido. Son, por ejemplo, guiños de ojo, fruncir de cejas, mover la cabeza echando el pelo hacia atrás, etc. Rara vez el tic involucra músculos inferiores a los hombros. Se agravan con la tensión emocional, se atenúan con la distracción y desaparecen durante el sueño. El paciente puede retrasar la aparición del tic en el tiempo. Este control voluntario de los tics genera desazón e inquietud, que va aumentando hasta que se repite el tic.

Surgen frecuentemente en la edad infantil (7 años), y son más frecuentes en varones (4:1). Los antecedentes familiares de tics en los individuos afectados son insignificantes, pero 1/3 de los padres de niños con tics presentan trastornos psiquiátricos. En la mayoría de los casos el síntoma desaparece en pocos meses. Las formas que presentan un curso crónico son la de comienzo tardío.

Una forma de especial interés es el **Síndrome de Gilles de la Tourette**. Afecta a varones (3:1) e inicia antes de los 10 años, en forma de tic monosintomático.

Posteriormente se van asociando otros síntomas como masivas contracciones de cara, tronco, piernas, producción de ruidos extraños (gruñidos, chasquidos de lengua, etc.), coprolalia (emisión de palabras soeces-60%-), exhibicionismo (30%), conducta autodestructiva, conducta antisocial y comportamiento obsesivo (33%). En la mayoría de los casos no hay deterioro intelectual, pero sí trastornos del sueño asociados.

j) **Temblor:** Movimientos oscilatorios regulares, involuntarios y rítmicos, que aparecen en una parte del cuerpo alrededor de un punto fijo. Se localizan en las extremidades, aunque pueden aparecer en cabeza, cara y lengua. Los temblores más característicos son:

i) Temblor de reposo o parkinsoniano: De 4-5 movimientos por segundo (ej. “contar monedas”). Suele acompañarse de rigidez o hipocinesia. Puede atenuarse con el movimiento voluntario.

ii) Temblor postural o de actitud: Aparece al iniciar o efectuar algún movimiento, y se hace más evidente al mantener una postura.

iii) Temblor intencional: Aparece durante el movimiento y es de baja frecuencia. Aumenta de amplitud al acercarse al objetivo. Su etiología suele ser cerebelosa.

Frente a cualquier cuadro tremórico es importante observar sus características clínicas y la **acción y condiciones que lo aumentan o reducen**. *Las causas más frecuentes de temblor en la práctica psiquiátrica son:*

- Temblor alcohólico: Se relaciona con la ingesta etílica prolongada. Suele ser un síntoma de abstinencia y se atenúa al reanudar la ingesta enólica. Es un temblor fino, regular, predominantemente intencional y de frecuencia elevada.
- Temblor ansioso: Es fino, regular y rápido, y se hace más intenso con la intencionalidad.
- Histeria: En estos cuadros clínicos pueden aparecer síntomas tremóricos de forma paroxística, irregular y limitados a zonas topográficas concretas. Influyen factores reactivos o la finalidad de obtener beneficios secundarios.
- Temblor inducido por fármacos: Por neurolépticos (parkinsoniano), por antidepressivos tricíclicos (de actitud).

4) SIGNOS NEUROLOGICOS MENORES O BLANDOS:

En los últimos años ha surgido un interés creciente por un tipo especial de manifestaciones neurológicas que no indican un daño localizado de forma específica, sino que parecen ser indicativos de disfunción cerebral global o déficit integrativo. Los signos neurológicos menores pueden ser de tipo conductual (impulsividad, hiperactividad), signos físicos (paladar ojival, epicanto, hipertelorismo, etc.) y diferentes signos no focales (movimientos coreiformes leves, falta de equilibrio, descoordinación leve, asimetría de la marcha, nistagmo, o persistencia de reflejos infantiles). Los signos neurológicos menores no son indicativos de lesiones neurológicas focales, pero se asocian con una amplia variedad de trastornos del desarrollo y se observan con frecuencia en pacientes con bajo coeficiente intelectual, trastornos del aprendizaje o trastornos del comportamiento.

En psiquiatría se han estudiado en dos campos especiales: los trastornos cognoscitivos (ej., demencias) y determinadas psicosis (Ej.: esquizofrenia). La presencia de signos neurológicos menores en estos trastornos no ha sido todavía explicada, pero futuros estudios prospectivos permitirán explicar su valor clínico y fisiopatológico.

5) PSICOMOTRICIDAD EN TRASTORNOS PSIQUIATRICOS:

En este apartado comentaremos los trastornos de la psicomotricidad más característicos de algunas entidades psiquiátricas, como la esquizofrenia, los trastornos afectivos, o la histeria.

a) **Esquizofrenia:** Los pacientes esquizofrénicos pueden presentar trastornos psicomotores tanto en la expresividad como en la estructuralidad. En relación al distanciamiento de la vivencia autística del psicótico, se aprecia una falta de sintonía, una aparente inadecuación al medio. Esto dificultará las relaciones interpersonales de estos pacientes.

En los episodios agudos o brotes psicóticos, se aprecia una desorganización psicomotora, que genera cuadros de agitación o inhibición, como la catatonía o bloqueos durante la ejecución de una acción.

En las formas procesuales y en esquizofrenia residual son frecuentes los movimientos anormales como las estereotipias, los manierismos, el acúmulo de provisiones o

basuras, la desorganización de la conducta alimentaria, el abandono del cuidado personal, y la presencia de formas motoras regresivas como posturas fetales. También pueden darse conductas negativistas u opositoristas, o de excesiva cooperación.

La presencia de movimientos anormales en la esquizofrenia es muy sugestiva de una alteración neurológica subyacente, y de hecho *la presencia de trastornos estructurales en la psicomotricidad de los esquizofrénicos es un dato reconocido*. La elevada frecuencia de trastornos extrapiramidales (disonía aguda, discinesia tardía, acatisia), se había considerado secundaria a los efectos del tratamiento neuroléptico, pero estudios recientes demuestran la presencia de estos síntomas en pacientes sin medicar. También apoya esta hipótesis el elevado porcentaje de signos neurológicos menores en estos pacientes.

b) **Trastornos afectivos:** Se observan alteraciones de la psicomotricidad muy características tanto en las fases maníacas del trastorno bipolar, como en los episodios depresivos.

i) **Manía:** El aumento de la actividad psicomotora general es el aspecto más espectacular de estos pacientes, y en ocasiones puede suponer peligros para el mismo, y conductas heteroagresivas. Suele iniciarse con un incremento aparente del rendimiento físico, aumento de energía y actividad, resistencia a la fatiga y disminución de las necesidades de sueño. Posteriormente aparecen conductas desinhibidas e impulsivas, debidas a la doble excitación motora y cognitiva.

Muchos pacientes verbalizan una sensación subjetiva desagradable de “no poder parar”. En casos muy graves puede alcanzarse un estado catatónico. Las conductas más características del estado maníaco son:

- Desinhibición e indiscreción en la esfera sexual y social.
- Gastos excesivos, innecesarios y muy arriesgados.
- Conductas altruistas.
- Inmiscuirse en asuntos privados o íntimos de familiares o desconocidos.
- Frecuentes episodios de discusiones y violencia física (ingesta excesiva de alcohol).

ii) **Depresión melancólica:** Las alteraciones psicomotoras constituyen un aspecto básico de la clínica de la melancolía: movimientos y lenguaje lentificados, incremento de pausas en el lenguaje, latencia de respuesta aumentada, reducción de movimientos en la mirada, reducida expresión verbal, verbalización monótona, facies amímica, postura de abatimiento o pesadumbre, inquietud, agitación. En casos graves podemos observar estados estuporosos o catatónicos. Como hemos comentado previamente, hay *diversos grupos de trabajo (Widlöcher, Parker) que concluyen que la esencia de la melancolía y la endogenicidad viene marcada por la psicomotricidad (retardo psicomotor)*. En las recurrencias depresivas las alteraciones de la psicomotricidad se observan precozmente, incluso antes de las alteraciones cognitivas o del estado de ánimo.

En el terreno de la conducta, *el suicidio* es la eventualidad más grave, que se produce en el 10-15% de depresiones (bipolares>unipolares>neuróticas).

c) **Histeria:** Entre las neurosis, la histeria es la que presenta unas alteraciones motoras más significativas. Se caracteriza por la marcada exhibición externa de los síntomas:

“neurosis de expresión”. La psicomotricidad de la histeria puede considerarse a tres niveles:

i) La personalidad histérica: Se caracteriza por la **fuerte tendencia a la seducción y a la exhibición**. Predomina el talante de llamar la atención de los demás, a través de la mímica facial, la voz, las posturas, etc. Esta expresión exagerada de exhibición y seducción se denomina *histrionismo*, y se caracteriza por la tendencia a la dramatización.

ii) Los síntomas de conversión: Son las manifestaciones corporales de la conflictividad histérica; es decir, *la conversión de una emoción desagradable o inaceptable en un síntoma físico*. Pueden aparecer **síntomas inhibidos** (parálisis, afonía) o **excitados** (espasmos, temblores, tortícolis). Son más frecuentes en culturas poco desarrolladas.

iii) Las crisis histéricas: Tienen características parecidas a los síntomas conversivos, pero su presentación es más aguda y espectacular, y suele ser de tipo reactivo. Pueden tomar **formas de inhibición** (crisis de letargia, síncope, estupor, etc.), o **formas de excitación** (crisis charcotianas o pseudoconvulsivas, crisis de agitación y furor).

La elevada frecuencia de errores diagnósticos de las manifestaciones histéricas aconseja que se mantenga cierta prudencia antes de atribuir estos síntomas a una causalidad psicógena.

Sueño

El sueño puede presentar alteraciones en la cantidad o duración del mismo (hipo- e hipersomnias), en la calidad, organización y continuidad interna de sus fases (disomnias), en su periodicidad con respecto a la vigilia (alteraciones del ritmo sueño-vigilia), y por la ocurrencia durante el mismo de fenómenos anómalos desagradables (Parasomnias).

1. Hiposomnia o Insomnio

Sueño de duración insuficiente, habitualmente acompañado de experiencia subjetiva desagradable y disminución de la vigilancia cuando el sujeto está despierto, con sensaciones secundarias de cansancio y somnolencia diurna. Aunque se acepta que la recuperación psicofísica de un adulto normal requiere 7 horas y media, existen importantes variaciones interindividuales, e incluso en el mismo individuo según las circunstancias.

Las necesidades de sueño aumentan con la actividad mental y física y el estrés, pero el factor de variación más importante es la edad, desde un máximo en el recién nacido (16-20 horas) hasta un mínimo en el anciano (4-6 horas). Según el periodo del sueño al que afectan, las hiposomnias pueden clasificarse en iniciales, intermedias y tardías. Nuestros estudios en la población general han detectado una extraordinaria frecuencia de estos trastornos, sobre todo en sus formas más leves (De las Cuevas, 1991). La hiposomnia inicial, también denominada insomnio de conciliación o dificultad para dormirse, afecta, en distintos grados de intensidad y frecuencia, al 41% de la población, la hiposomnia intermedia, insomnio de mantenimiento, con múltiples despertares o sueño inquieto y perturbado, al 36%, y la hiposomnia tardía o insomnio terminal, con despertar temprano innecesario, al 63%.

Causas de insomnio: la mera brevedad del sueño no constituye necesariamente una hiposomnia, puesto que deben tenerse en cuenta las variaciones relacionadas con la edad y con los factores constitucionales.

La reducción voluntaria de las necesidades aparentes de sueño es perseguida por algunos sujetos, generalmente obsesivos ambiciosos adictos al trabajo, mediante una combinación de entrenamiento, motivación y estímulos físicos. Aunque no hay estudios fiables al respecto, la impresión clínica más aceptada es que esta práctica aumenta la vulnerabilidad a trastornos secundarios al estrés, incluyendo coronariopatías. González de Rivera y colaboradores (1993), en un amplio estudio sobre las pautas de reactividad al estrés, detectaron una importante relación entre situaciones de estrés e hiposomnia, que afecta al 58,3% de la población general. Aunque el insomnio de estrés tiende a ser transitorio, en algunos casos puede evolucionar hacia formas crónicas, en el desarrollo por un reflejo condicionado antihomeostático con la situación de dormir.

Este tipo de insomnio, denominado psicofisiológico, aprendido, o condicionado, se caracteriza por un círculo vicioso, que se inicia con excesiva preocupación consciente por lograr dormir, ansiedad anticipatoria por las desagradables sensaciones diurnas después de una noche de insomnio, activación simpática, alerta e insomnio de conciliación, convicción de que es muy difícil dormirse, y vuelta a empezar.

Curiosamente, y a diferencia de lo que ocurre con el sujeto sano normal, el insomnio

psicofisiológico mejora cuando el paciente duerme fuera de su entorno habitual, por ejemplo en casa de un pariente querido, de vacaciones, etc.

El insomnio idiopático primario es un trastorno intrínseco, probablemente constitucional, caracterizado por larga latencia de conciliación, excesivo tiempo de fase 1, y despertar frecuente durante la noche. No está relacionado con causas psicosociales ni psiquiátricas, su comienzo es frecuentemente en la edad juvenil o infancia tardía. Su etiología probable está en defectos de la neurotransmisión, y puede requerir para su tratamiento la asociación de inhibidores de la recaptación de la serotonina o de la noradrenalina y/o de bloqueantes colinérgicos a benzodiazepinas hipnóticas de vida media entre 6-8 horas. Las alteraciones del sueño son una queja frecuente en casi todos los trastornos psiquiátricos, aunque en algunas condiciones, como los estados maníacos e hipomaníacos, el enfermo nunca se queja de insomnio, sino que afirma sentirse perfectamente descansado y sin necesidad de dormir. Sin embargo, si la situación persiste durante varios días, el paciente acaba por desarrollar un cuadro delirante-confusional, quizá más por efectos de la privación de sueño que de la propia patología.

Entre las múltiples condiciones neurológicas que cursan con trastorno del sueño, el síndrome de las piernas inquietas, y su pariente próximo, la mioclonía nocturna, son los que más frecuentemente se presentan a la atención del clínico. Mientras que el primero afecta al período inicial del sueño, asociándose con un insomnio de conciliación, la mioclonía nocturna puede pasar desapercibida para el paciente, revelándose clínicamente como somnolencia diurna. Ambos trastornos tienen lugar en sueño NREM, generalmente en fases 1 y 2, y se asocian con la apnea del sueño, la narcolepsia, la uremia, la diabetes, y, en general, con estados que afectan la corteza, el troncoencéfalo y la médula. Ambos síndromes responden razonablemente bien a las benzodiazepinas, y se agravan con los antidepresivos tricíclicos.

2. Disomnias

Técnicamente, su diagnóstico correcto sólo puede realizarse en el laboratorio de sueño, y requiere la ausencia, exageración o frecuente interrupción de alguna de las fases del sueño. Muchas hiposomnias, sobre todo las intermedias, son en realidad disomnias, con cortos periodos REM intercalados por largos episodios de fase 1 e incluso de vigilia. A diferencia de algunas hiposomnias, las disomnias siempre se acompañan de malestar subjetivo, y frecuentemente de disfunciones somáticas claras. La disminución del tiempo dedicado a la fase 4, que es sustituida por ritmos de tipo alfa, o incluso vigiles, es frecuente en el reuma psicógeno, (Moldofsky, 1976) condición que responde mejor a la correcta regulación de las fases del sueño que al uso diurno de analgésicos. A diferencia de las hiposomnias auténticas, el tiempo de sueño total en las disomnias es normal, e incluso superior a lo habitual. A pesar del interés semiológico en distinguir disomnia de hiposomnia, la tendencia simplista del DSM-III y su análogo europeo, la CIE-10, incluye las hiposomnias dentro de las disomnias. La clasificación norteamericana de la Association of Sleep Disorders Centers (ASDC) resuelve el dilema clasificando ambas entidades como DIMS (Disorders of Initiating or Maintaining Sleep) o TIMS en español (Trastornos en Iniciar o Mantener el Sueño).

3. Hipersomnias

Es preciso no confundir la hipersomnolia, o somnolencia excesiva, con el cansancio, la debilidad y la fatiga, que pueden cursar sin somnolencia, y que constituyen síntomas que merecen su propio estudio individualizado. La hipersomnolia simple consiste en el alargamiento del tiempo dedicado al sueño, que puede llegar a 12 o más horas diarias, y que puede ser idiopática o secundaria a causas neurológicas o psiquiátricas, generalmente de tipo depresivo. Entre estos casos, es preciso distinguir entre aquellos en los que el sueño puede ser interrumpido o prevenido para ajustarse a los ritmos convencionales, y aquellos otros en los que la somnolencia cursa de manera incoercible.

La causa más frecuente de somnolencia diurna es la hiposomnolia nocturna, en cuyo caso no debe considerarse como un trastorno, sino como una reacción compensatoria del déficit de sueño. Una forma peculiar de hipersomnolia, la dificultad en levantarse por la mañana, corresponde con frecuencia bien a la compensación de un insomnio de conciliación, bien a un trastorno básico del ritmo sueño-vigilia por retraso de fase (que se verá más adelante). Este síntoma, DLC o dificultad en levantarse de la cama por la mañana, es también prominente en las hipersomnolias psicógenas, que pueden presentarse en ciertos sujetos depresivos, singularmente en los distímicos, así como en algunos trastornos de la personalidad. La interpretación más probable en estos casos es que el paciente pretende prolongar el sueño matinal como mecanismo de evitación frente a responsabilidades ansiógenas o relaciones interpersonales conflictivas. En cuanto a los efectos del estrés, la hipersomnolia por estrés es mucho más rara que la hiposomnolia, pero de todas formas afecta al 15,5% de la población general.

La narcolepsia es la más importante y la más clara de las hipersomnolias incoercibles. Además de somnolencia diurna, estos pacientes presentan episodios de cataplejía, parálisis de sueño y alucinaciones hipnagógicas. También son frecuentes en ellos la llamada "borrachera de sueño" y, en ocasiones, episodios de comportamiento automático afines al sonambulismo. En los casos leves, o durante los estadios iniciales, la somnolencia se presenta en situaciones coherentes con el estado, como en ambientes tranquilos y oscuros, en el cine, durante una clase aburrida, etc.

Progresivamente, los ataques de sueño van apareciendo en situaciones cada vez más inconsecuentes, como durante una conversación animada, durante ejercicio físico, etc. El estudio en el laboratorio de sueño permite objetivar esta tendencia, demostrando una reducida latencia media en el test múltiple de latencia de sueño (MSLT) (menos de 5 minutos, mientras que lo normal es alrededor de 15 min.). Otro signo característico de estos pacientes, más típico del sueño diurno que del nocturno, es la corta latencia de sueño REM, que puede empezar a los 10 minutos de iniciado el sueño, o antes.

El segundo síntoma, presente en el 70% de los casos, es la cataplejía, o pérdida brusca, parcial o completa, del tono muscular, típicamente relacionada con la activación emocional intensa, como en el coito, situaciones agresivas, de sorpresa, alegría, risa, enfado, etc. Los ataques de cataplejía suelen ser muy breves, durando unos pocos segundos, sin que el paciente pierda la conciencia vigil. Cuando la duración es más prolongada, sobreviene el sueño, entrando rápidamente en la fase REM.

La parálisis de sueño se suele considerar como el tercer síntoma de la tetraada narcoléptica, aunque se presenta en menos de la mitad de los pacientes, y puede

ocurrir en sujetos no narcolepticos. Típicamente, el sujeto se encuentra mentalmente alerta, pero con total imposibilidad de moverse, exceptuando la respiración y los movimientos oculares. Se manifiesta frecuentemente al principio del sueño nocturno, aunque también puede ocurrir al despertar. La apnea (interrupción del flujo de aire al menos durante 10 seg.) y la hipopnea (reducción de 50% del aire durante al menos 10 segs.) son otra causa importante de hipersomnia diurna. Aunque el trastorno debe clasificarse entre las disomnias secundarias a procesos respiratorios, las dificultades de sueño son raramente observadas por el paciente, que se queja en cambio, además de la somnolencia diurna, de cefalea matutina, depresión psíquica, deterioro del rendimiento intelectual, y, frecuentemente, de impotencia y enuresis. Los enfermos con apnea de sueño suelen roncar, y sus episodios de apnea son muy llamativos, terminando con un fuerte stertor, que motiva al alarmado cónyuge a traer al paciente a consulta. La hipertensión pulmonar es una complicación frecuente del trastorno, que también se asocia con hipertensión arterial. A diferencia de otras disomnias, el síndrome de apnea del sueño empeora con ansiolíticos e hipnóticos, y debe seguir un tratamiento específico del trastorno respiratorio. La apnea puede tener un origen central, pero la etiología obstructiva es, con mucho, la más frecuente. Generalmente, estos pacientes presentan además defectos anatómicos asociados, como retrognatia o micrognatia, hipertrofia adenotonsilar, macroglosia, uveomegalia, etc, o, simplemente, un espacio orofaríngeo congénitamente estrecho. La hipotonía muscular habitual durante el sueño provoca un colapso

orofaríngeo, que obstruye o reduce enormemente el paso de aire. Los trastornos respiratorios del sueño son relativamente frecuentes en sujetos obesos, afectan más a los varones, y su incidencia aumenta con la edad. Ancoli (1987) estima que 31% de los hombres y 19% de las mujeres mayores de 65 años presentan este trastorno. Por otra parte, Coleman (1982) descubrió en un estudio multicéntrico en Estados Unidos que estos trastornos constituyen el 43% de los casos de hipersomnia diurna consultados. Otro síndrome hipersomnico, infrecuente pero llamativo, es el de Kleine-Levine, que evoluciona de manera fásica, se inicia en la pubertad o juventud y suele corregirse en la madurez. El trastorno cursa con periodos normales entre los que se intercalan otros con crisis de sueño incoercible, apetito insaciable, confusión y desinhibición sexual.

Aunque la causa precisa es desconocida, está claramente asociado con lesiones de zonas cerebrales específicas, y debe considerarse junto con otros trastornos del SNC responsables de alteraciones del sueño. En algunos casos ha sido posible detectar una etiología vírica, por lo que puede considerarse como una forma especial de encefalitis (Salter, 1993).

4. Trastornos del ritmo sueño-vigilia

La frase "Una buena noche de sueño empieza temprano por la mañana" encierra bien el concepto de la alternancia eurítmica entre el sueño y la vigilia. Los mecanismos intrínsecos cerebrales reguladores de los ritmos circadianos son ayudados por algunos estímulos ambientales o "zeitgebers" (dadores de tiempo, en alemán), el más importante de los cuales es el ciclo de la luz solar. Otros zeitgebers, como la actividad laboral o lúdica, la luminosidad artificial, el ritmo de ruido-silencio, etc... pueden

interferir con el ritmo sueño-vigilia, ocasionando trastornos transitorios del ritmo. Ejemplos bien conocidos son el síndrome del trabajo por turnos y el "jet-lag", literalmente, "retraso del reactor", o desincronización producida al atravesar en avión varios husos horarios en corto tiempo, como por ejemplo al viajar de Europa a América, y viceversa.

La desincronización de fin de semana es otro ejemplo típico, producida por retrasar la hora de acostarse y la de levantarse en los festivos y vísperas, con el "lunes negro" consiguiente.

Algunos sujetos presentan alteraciones más permanentes o crónicas, relacionadas con cierta incapacidad de sus mecanismos reguladores para establecer un ritmo concordante con el de la sociedad en general, manteniendo sin embargo una ritmicidad idiosincrática propia. El retraso de fase parece seguir una ley de inercia mental, con dificultad en acostarse por la noche y en despertarse por la mañana, se manifiesta frecuentemente en la infancia, y constituye aproximadamente un 10% de los trastornos crónicos del sueño. Muchos sujetos que padecen este síndrome y se lo pueden permitir, se adaptan durante cierto tiempo a horarios especiales, como dormir de 4 de la mañana hasta el mediodía. Sin embargo, en la mayoría el cuadro continúa agravándose con la indulgencia, puesto que su problema básico es la incapacidad de ajustar su ciclo en un periodo regular de 24 horas. El tratamiento básico es cronoterapia, coadyuvado con luminoterapia matutina (unos 2.500 lux durante hora y media). El avance de fase, mucho más raro, requiere un tratamiento similar, con la diferencia de que la luminoterapia se administra al final de la tarde en lugar de por la mañana. Finalmente, existen enfermos que llegan a un estado de total desregulación circadiana, con fragmentación de los ciclos sueño-vigilia, como en la demencia avanzada, en los traumatismos craneales y en estados de intoxicación severa por alcohol o drogas.

CIE-10 Y DSM-IV

Las diferencias alteraciones que se pueden evidenciar e el DSM IV tienen cuatro criterios:

- Tienen un comienzo antes de los 18 años
- Resulta clínicamente evidente el daño o la manifestación de la sintomatología.
- Se pone de manifiesto al menos en las áreas de acción del sujeto que puede ser en lo laboral, social, familiar.
- Los síntomas se presentan de manera establecida por un periodo no menos de 6 meses

Estos 4 criterios son válidos para todas las entidades presentes a su vez se agrupan en tres categorías principales, 25 subgrupos y 80 sub-categorías. Dentro de estas categorías principales tenemos:

RETRASO MENTAL

- * Retraso Mental Leve
- * Retraso Mental Moderado
- * Retraso Mental Grave
- * Retraso Mental Profundo
- * Otros Trastornos Mentales
- * Retraso Mental SOE

TRASTORNO DE DESARROLLO PSICOLOGICO

- * Trastorno Especifico Del Desarrollo Del Habla Y Del Lenguaje
- * Trastorno Especifico De Desarrollo De Aprendizaje
- * Trastorno Especifico Del Desarrollo Psicomotor
- * Trastorno Especifico Del Desarrollo Mixto
- * Trastorno Generalizado Del Desarrollo.
- * Otros Trastornos del Desarrollo Psicológico
- * Trastornos Del Desarrollo Psicológico Sin Especificar

TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO

- * Trastorno del Comportamiento
- * Trastorno Hipersintéticos
- * Trastorno Disocial
- * Trastorno Disociales De Las Emociones Mixtas
- * Trastorno De Las Emociones Al Comienzo Habitual De La Infancia
- * Trastorno De Comportamiento Social En La Niñez Y Adolescencia
- * Trastorno de tics
- * Otros Trastornos de las emociones y comportamientos del comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- * Enuresis no orgánica
- * Copresis No orgánica
- * Trastorno de Conducta Alimentaria en la Infancia
- * Pica En La Infancia
- * Trastorno De Estereotipias Motrices

- * Tartamudeo
- * Farfalleo
- * Constipación De Causa Psicógena
- * Otros Trastornos De Las Emociones y del Comportamiento de comienzo habitual de Infancia y la Adolescencia
- * Trastorno De Las Emociones De Comportamiento Del Comienzo Habitual De La Infancia Y La Adolescencia Sin Especificación
- * Trastorno mental sin especificación

Todos los grupos sin especificación son categoría difusas y no constituyen a la determinación o síntoma y criterios etiológicos sino por lo que favorecen la elaboración de estrategias interventivas debido a evitar su utilización

Por otra parte existen entidades psicopatológicas que aun cumplen con los 4 criterios generales de la clasificación de los trastornos del comienzo habitual en la Infancia y Adolescencia, pero no han sido incluidos en ningún grupo o subgrupo por alguno de ellos tiene una frecuencia importante en la psicología entre ellos tenemos:

PARASOMNIAS (Trastornos del Sueño y Dormir)

- Terrores Nocturnos
- Pesadillas

TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

- Anorexia Nerviosa
- Bulimia

TRASTORNO DE IDENTIDAD SEXUAL

- Identidad De Género

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Principales alteraciones psicológicas del comienzo habitual de la niñez y Adolescencia del F70 al F79 encontramos la siguiente clasificación del Retraso Mental

F70 Retraso Mental Leve

F71 Retraso Mental Moderado

F72 Retraso Mental Grave

F73 Retraso Mental Profundo

F78 Otros Trastornos Mentales

F79 Retraso Mental SOE

F 80-F89. TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO

F80.0 Trastorno E. de la Pronunciación

F80.1 Trastorno Expresión de LENGUAJE

F80.3 Afasia Adquirida con Epilepsia (Síndrome de Rett)

F80.8 Otros Trastornos del Habla y del Lenguaje sin especificación

F81. Trastorno Especifico del Desarrollo del Aprendizaje Escolar

F81.0 Trastorno específico de la lectura

F81.1 Trastorno Específico de Ortografía

F81.2 Trastorno Específico de Calculo

F81.3 Otros Trastorno Especifico Del Desarrollo Aprendizaje Especifico

F81.9 Trastorno Específico de Desarrollo Aprendizaje sin especificación

F82 Trastornos específico del desarrollo específico psicomotor

F83 Trastornos específico del desarrollo Mixto

F84. Trastorno Generalizado del Desarrollo

F84.0 Autismo Infantil

F84.1 Autismo Infantil Atípico

F84.2 Síndrome De Rett

F84.3 otros trastornos desintegrativo de la Infancia

F84.4 Trastorno Hipersineticos De Retardo Mental Y Movimiento Estereotipado

F84.5 Asperger

F84.9 Trastorno Especificado del desarrollo sin especificación

F 88. Otros Trastornos del Desarrollo Psicológico

F89. Trastornos del Desarrollo Psicológico sin especificación

El CIE -10 la organización Mundial de la salud ha clasificado las enfermedades en forma estadística no solo los trastornos mentales sino también otras enfermedades de estado patológico. Se trata de instructivo esencial para recolección y contratación de datos de índices de mortalidad y morbilidad de escala internacional, en ellos trastornos mentales han ido adquiriendo un lugar pertinente. A continuación en presentaremos la evolución que han tenido desde su primera publicación y aspectos más generales de esta clasificación.

VERSION DEL CIE

Aspectos Generales

En los principios la OMS no incluía y ni dedicaba ninguna sección a los trastornos mentales. La clasificación original denominada lista internacional de causa de muerte se

usaba únicamente, como indica su nombre para codificar las muertes en la quinta revisión de esta lista se realizó 1938 se incluye una sección para trastornos mentales, a los que se asignó una sola categoría de 3 dígitos y con solo 4 subcategorías en la sección de enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos Diferencias Mental, Esquizofrenias, Maníaco Represivo Y Trastornos Mentales Restantes.

La conferencia para la revisión de la sexta fue en 1948 extendió la clasificación para incluir las causas de muerte de morbilidad. De modo que el Cie-6 contiene la primera parte independiente de trastornos mentales.

En el CIE-7 no se hicieron muchos cambios. La Clasificación de Trastornos Mentales como problema Internacional lo público, se puso entonces ahí en la evidencia la urgencia de necesidad de una clasificación de trastornos mentales aceptados. De acuerdo con esto la OMS desarrollo un programa activo de revisión de forma y contenido de la clasificación de los trastornos internacionalmente que reflejara conocimientos nuevos de esta categoría y características deferenciales de los trastornos mentales específicos y su diagnóstico de tratamiento que se tuvieron en cuenta trastornos mentales del CIE-8

La Novena revisión de clasificación del CIE-9 OMS 1978 supuso una serie de cambios respecto a un revisión anterior algunos de los elementos en la sección de los trastornos mentales del CIE-9 fueron el producto de la reformación de varias categorías .Se incluyeron los trastornos afectivos y los estadios psiquiátricos referentes de la finalidad de hacer más fácil la recogida de datos estadísticos referente a una actitud pública ,tras el desencanto producido por la ausencia de la especificidad del Cie-9mc(*Modificación Clínica*)

En 1992 la Organización Mundial Salud publico la décima revisión de las enfermedades conocidas como CIE -10 ES MUCHO MAS AMPLIO QUE LE Cie-9 aumentando considerablemente de numero de categoría disponibles para que el CIE-10 se incluye 100 categorías .Esta nueva versión contiene una presentación multiaxial igual que el DSM así como una versión práctica para la psiquiatría infantil y potra para la investigación de forma que se descubren las necesidades de los distintos usuarios clínicos.

Los trastornos Infantiles se agrupan en 3 secciones diferentes a las denominadas “Retraso Mental” “Trastornos de Desarrollo Psicológico” y “Trastornos de Comportamiento y del comienzo habitual de las emociones en la Infancia y Adolescencia “, aunque al igual que el DSM las categorías parecen en esta sección pueden utilizarse en un diagnostico infantil

La terminología empleada en el CIE-10 es muy parecida a la que utilizan en el DSM aunque presenta diferencias sustanciales en la clasificación y agrupación de los trastorno infantiles.

En el CIE-10 presenta una descripción de los trastornos, el diagnóstico diferencial de los síntomas a tener en cuenta en el diagnóstico. La mayor comprensión de los trastornos de la CIE-10 en comparación CIE-9 conduce a una disminución

De prevalencia del trastorno le que puede afectar en la política de los servicios psicológicos y psiquiátricos.

Refiriéndose a la terminología, se mantiene el vocablo de neurosis y Psicosis ya no es criterio principal para clasificar los trastornos como sucede en el CIE-9 por otro lado de servicios psicológicos y psiquiátricos. Y el capítulo que utiliza el término trastorno en lugar de enfermedades. A pesar de que avanza el CIE-10 supone respecto a la conceptualización de los trastornos psiquiátricos infantiles y adolescentes, y que está en mayor fiabilidad del diagnóstico, todavía es necesario revisar otras subcategorías esto es concretamente a lo que se refiere a los criterios específicos de la edad y validez de distintos diagnósticos:

1. Su Validez clínica por su forma flexible en la que presenta descritos en los trastornos
2. Un Instrumento útil en la formación de profesionales por la forma explica en la que presenta los conceptos y para la acumulación de conocimientos que tienen
3. Su capacidad para darse a nuevos conocimientos

En definitiva el CIE-10 presenta limitaciones similares a lo que a propósito de las últimas versiones del DSM, aunque agravadas a los comentados en los anteriores diagnósticos clínicos y reglas de decisión son aún más importantes, aun más imprecisas esto es lo que dijo Fernández Luciano 1879 cuando hizo de esta decisión.

COMPARACION ENTRE EL CIE-10 Y EL DSM IV

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

NO obstante existe algunos trastornos en el CIE-10 lo que no se incluye en el DSM IV. En la tabla 2.8 aparecen estos trastornos y la categoría a la que pertenecen. Así, algunos de estos trastornos adquiridos con epilepsia o síndrome de Landau-Kleffner, el trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia al farfullero, algunos trastornos disociales y otros trastornos no especificados, objetiva y científica en el ámbito de la psicología infantil, tanto por lo que respecta al diagnóstico como a la investigación.

En conclusión

El objetivo del presente capítulo es presentar los principios de nuestro siglo hasta la fecha del contexto de la psicopatología infantil. Si bien somos conscientes que hoy en día todavía no existe el consenso sobre las clasificaciones de los trastornos infantiles, las investigaciones y conocimientos sobre el tema que ponen en reconocimiento a todos los problemas de la infancia y la necesidad de que estos sean considerados desde una óptica desde la aplicada a los adultos.

El sistema de clasificación más utilizado en la actualidad es el DSM, en el que los trastornos infantiles, las investigaciones y los conocimientos sobre el tema ponen de manifiesto los niveles de los problemas de la infancia y la necesidad de que estos sean considerados desde una óptica a los adultos.

El sistema de clasificación más utilizada 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 elaborado diferentes versiones hasta llegar al DSM-IV versiones que han aportado una mayor validez y utilidad de diagnóstico infantil.

El hecho de basarse en un sistema de clasificación para realizarse el diagnóstico no significa que poseamos la información deseada. Si lo que 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 han de obtenerse por medio de la evolución rigurosa y exhaustiva del caso concreto de forma que a partir de ella pueda dependerse el tratamiento más adecuado seguir.

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 morfogénicas (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 motrices 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.

Patología 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 cromosómicas. 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 RETARDOS MENTALES

Grado de retraso mental.	Maduración y desarrollo preescolar (0-5 años)	Entrenamiento y educación escolar (6-20 años)	Adaptación 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 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.

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 aún 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 Hiperkinéticos
- 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

- Farfullero

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
7. 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 sino 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 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 neuróticas 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 gráfica 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 sobre ansioso.

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 estas 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 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 auto percepción 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.

ANEXOS

ANEXOS 1

Un Caso Clínico De Trastorno Obsesivo Compulsivo

La señorita A es una mujer soltera de 21 años, con preparación técnica pero actualmente desempleada. Proviene de una familia integrada por varios hermanos varones mayores y una hermana menor. El único antecedente heredofamiliar de importancia es un familiar directo con trastorno depresivo mayor. Producto de gesta cinco, embarazo planeado y deseado, sin complicaciones prenatales ni perinatales. Tuvo un desarrollo psicobiológico normal. Su funcionamiento escolar fue bueno, aunque con grandes dificultades para integrarse en los grupos. Prácticamente no tuvo amistades, debido a sentimientos de minusvalía y sentimientos de ser rechazada. Trabajó como promotora, supervisora y como encargada de negocios pequeños. La paciente fue sumamente responsable tanto en su hogar, como en la escuela y trabajo. Siempre se ha preocupado y responsabilizado del bienestar de su familia. Actualmente tiene su propio negocio, que no atiende debido a su padecimiento.

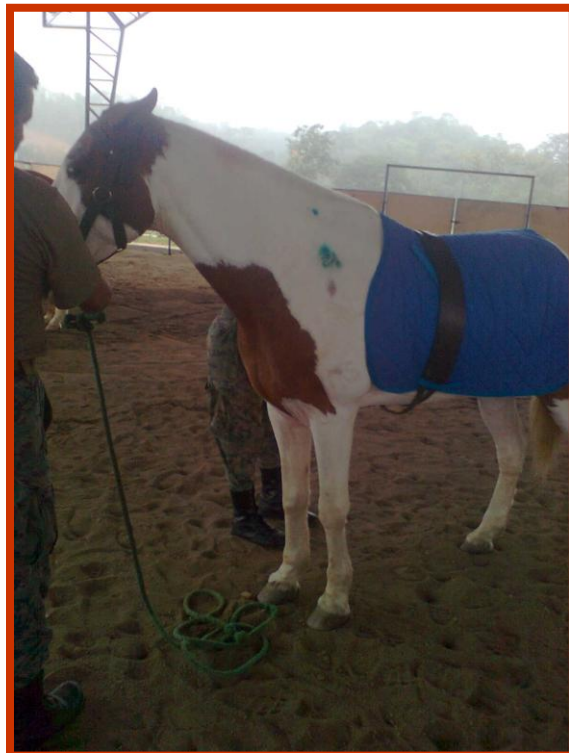
Hace 10 años, cuando la señorita A tenía 17 años, curó a su madre de una mordedura de perro durante dos meses, haciéndose cargo de ella con gran responsabilidad. Fue en esa época que al ver a los perros “temía contaminarse con su saliva y contagiarse de rabia”. Se lavaba las manos repetidamente, incluso con alcohol y cloro. Después de un año, su temor cambió al de contraer SIDA. Evitaba tratar a personas desconocidas por miedo a esa enfermedad. No se sentaba en el lugar de otras personas por miedo a contagiarse. Llamaba a TELSIDA solicitando información, pero se negaba a realizarse la prueba por miedo a que la aguja que utilizaran estuviera contaminada. A los 19 años estos temores desaparecieron.

Hace un año, contando con 26 años, la señorita A atravesó por situaciones difíciles: tuvo un accidente en el que se lastimó un tobillo, un familiar fue asaltado, y ocurrió un robo en su negocio. La señorita A empezó a asociar estos eventos con el uso de la sal, pensaba que: “en esos días había utilizado el salero y no se había lavado las manos”. Empezó a evitar a las personas y objetos que ella consideraba habían tocado sal. Cuando se sentía “contaminada” se lavaba las manos de manera determinada y en ocasiones se bañaba e incluso también lavaba su ropa. Si tocaba la sal, no solamente podían sucederle desgracias a ella, sino también a su familia, pues se convertía en portadora de la mala suerte. Desde entonces el miedo hacia la sal fue aumentado gradualmente: hasta el simple hecho de nombrarla o escribir su nombre, le generaba miedo y aunque podía ingerir alimentos con sal, evitaba los que la contenían en exceso y tenía que lavarse manos y dientes para neutralizar el efecto de la mala suerte. Siempre se lavaba tres veces, pues “el uno y el dos son números de Dios” y no debía “mancharlos”. También lavaba su oreja cuando utilizaba el teléfono después de que otra persona lo había usado, pues si no lo hacía sin duda recibiría malas noticias. Dice haber comprobado el efecto nocivo de la sal, debido a que siempre que la tocaba le sucedían desgracias “Quería pensar que no pasaba nada, pero me pasó muchas veces”. La paciente fue perdiendo interés en su trabajo y posteriormente en sus actividades, conciliaba con dificultad el sueño, disminuyó su apetito, perdió cerca de 10 kilogramos, sintiéndose cansada y desesperanzada todo el día. Ha llegado a tener ideación suicida, motivo por el que buscó ayuda especializada.

Se practicaron mapeo cerebral y resonancia magnética de resultado normal.

Recibió tratamiento con fluoxetina 80 mg al día y clonazepam 2.5 mg al día con lo que la calificación de la Escala de Yale Brown bajo de 34 a 18 puntos en 5 semanas de tratamiento





ANEXO 3

RETRASO MENTAL

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

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD

<http://www.goutube.com/watch?v=jxqb-hpY5g>

<http://www.goutube.com/watch?v=hnviC9jSwTU>

AUTISMO

<http://www.goutube.com/watch?v=WPji7WxdwIQ>

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

<http://www.goutube.com/watch?v=8Fjn5Cn62GY>