

Psicopatología 1

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

Las diferentes alteraciones que se dan en el niño y adolescente y que pueden diferenciar en el dsm4 cie10, tienen 4 criterios, generales, los mismos que los veremos a continuación:

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

Estos 4 criterios son validos, para todas las entidades presentes, que a su vez se agrupan en tres categorías principales, 25 sub grupos y 80 subcategorías.

Dentro de las tres categorías principales tenemos,

- a) Retraso mental y su clasificación
- b) Trastornos del desarrollo psicológico.
- c) Trastornos de las emociones y el comportamiento.

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

Por otra parte existen otras entidades psicopatológicas, que cumplen con los 4 criterios generales de clasificación de los trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. Pero no han sido incluidos en ningún subgrupo y alguno de ellos tiene una frecuencia importante en la consulta psicológica. El de estos tenemos:

Parasomnias (trastornos del sueño y de dormir)

- [Sonambulismo](#)
- [Terror nocturno](#)

- [Bruxismo nocturno](#)
- [Enuresis nocturna](#)

Trastornos de la conducta alimentaria

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

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

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

Trastornos de identidad psicosexual

Trastornos sexuales: las llamadas [disfunciones sexuales](#), entendidas como alteraciones del deseo, cambios psicofisiológicos en la respuesta sexual normal, malestar o problemas interpersonales relacionados con el tema:

- Trastornos del [deseo sexual](#) (deseo sexual hipoactivo y trastorno por aversión al sexo)
- Trastornos de la [excitación sexual](#) (en la mujer y de la erección en el varón)
- Trastornos [orgásmicos](#) (femenino y masculino, y [eyaculación precoz](#))
- Trastornos sexuales por dolor ([dispareunia](#) y [vaginismo](#))

Trastorno sexual debido a una enfermedad médica, inducido por sustancias, o no especificado.

[Parafilias](#): son impulsos sexuales, fantasías, o comportamientos recurrentes e intensos que implican objetos o actividades poco habituales. Sin embargo, para considerarse un trastorno mental debe además causar daño a otro (por ejemplo, la [pedofilia](#)), o deteriorar la vida del sujeto:

- [Exhibicionismo](#)
- [Fetichismo](#)
- [Frotismo](#)

- [Pedofilia](#)
- [Masoquismo](#) sexual
- [Sadismo](#) sexual
- [Fetichismo transvestista](#)
- [Voyerismo](#)
- Parafilias no especificada (escatología telefónica, clismafilia, zoofilia, necrofilia, coprofilia, urofilia y parcialismo)
- Trastornos de la identidad sexual ([disforia de género](#))
- Trastorno sexual no especificado

Retaso mental y sub clasificación:

[F70-79 Retraso mental.](#)

F70 Retraso mental leve.

F71 Retraso mental moderado.

F72 Retraso mental grave.

F73 Retraso mental profundo.

F78 Otros retrasos mentales.

F79 Retraso mental sin especificación.

Trastornos del desarrollo psicológicos,

[F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.](#)

F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.

F80.0 Trastorno específico de la pronunciación.

F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje.

F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje.

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

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

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

[F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.](#)

F60 Trastornos específicos de la personalidad.

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad.

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad.

F60.2 Trastorno disocial de la personalidad.

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

- F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad.
- F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad.
- F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.
- F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad.
- F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad.
- F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación.

[F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.](#)

- F90 Trastornos hipercinéticos.
- F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.
- F90.1 Trastorno hipercinéticos disocial.
- F90.8 Otros trastornos hipercinéticos.
- F90.9 Trastorno hipercinéticos sin especificación.

[F95 Trastornos de tics.](#)

- F95.0 Trastorno de tics transitorios.
- F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios.
- F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette).
- F95.8 Otros trastornos de tics.
- F95.9 Trastorno de tics sin especificación.

[F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.](#)

- F98.0 Enuresis no orgánica.
- F98.1 Encopresis no orgánica.
- F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.
- F98.3 Pica en la infancia.
- F98.4 Trastorno de estereotipias motrices.
- F98.5 Tartamudeo (espasmofemia).
- F98.6 Farfullero.
- F98.8 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.
- F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la

infancia o la adolescencia sin especificación.

Infancia y adolescencia.

Para poder aplicar y diagnosticar debemos considerar estos parámetros fundamentales que tenemos que tener presente.

Características por los cuales nos regimos:

1. Primer parámetro: antes de los 18 años
2. Estas patologías se manifiestan en el área laboral , familiar, social, educativo, etc
3. Manifiestas, cie10, dsm4, tienen que estar en este libro. y estar bien establecida.
4. Esta patología se manifiesta durante unos 6 meses, y se mantenga.

Categorías: 3 categorías, 80 sub categoría, 25 códigos y sub grupos.

1. Retraso mental.
2. Trastornos emocionales y de comportamiento.
3. Trastorno desarrollo psicología.

Tarea de clase,

Eje 70-79 conceptos, de estos ejes.

[F70-79 Retraso mental.](#)

F70 Retraso mental leve.

F71 Retraso mental moderado.

F72 Retraso mental grave.

F73 Retraso mental profundo.

F78 Otros retrasos mentales.

F79 Retraso mental sin especificación.

Grupo 3 retraso mental 72 grave,

Clasificación internacional de las enfermedades (CIE)

La organización mundial de la salud ha clasificado las enfermedades de forma estadística, no solo de los trastornos mentales sino también de otras enfermedades y estados patológicos. Se trata de un instructivo esencial para la recolección y contrastación de datos sobre índices de morbilidad y mortalidad, a escala internacional, en la que los trastornos mentales han ido adquiriendo un lugar más prominente, a continuación vamos presentaremos la evolución que ha tenido desde su primera aparición los efectos más importante de esta clasificación.

Versión del CIE.

Aspectos generales:

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

La conferencia para la revisión sexta fue en 1948 extendió la clasificación para incluir no solo las causas de muerte sino también, las causas de morbilidad. De este modo en el cie-6 contiene la primera sección independiente de trastornos mentales. En el cie 7 no se hicieron muchos cambios. La clasificación de los trastornos mentales que se dieron en cie-6 y la del cie-7 no fueron bien acogidas por la comunidad internacional de psiquiatría, por lo que apenas se utilizó (lo que se tenía Stengl 1959).

Debido a la importancia que fueron tomando los trastornos mentales como problema internacional de salud pública, se puso aquí en evidencia la urgente necesidad de una clasificación de los trastornos mentales internacionalmente aceptable.

De acuerdo con esto la OMS desarrolló un programa activo de revisión, de la forma y contenido de la clasificación de manera que esta regenera, conocimiento nuevos de esta categoría y características diferenciales de los trastornos mentales específicos y su diagnóstico y tratamiento, que se tuvieron en cuenta en el capítulo de los trastornos mentales cie-8.

LA NOVENA DE CLASIFICACIÓN DEL CIE-9

Supuesto a esta una nueva visión de cambio respecto a la visión anterior. Algunos de los nuevos elementos en la sección de trastornos mentales del cie9 fueron el producto de la reformulación de varias categorías. Se incluyeron los trastornos afectivos y el estado psiquiátrico específico en la infancia, siendo esta la primera versión del cie en la que aparecen los trastornos infantiles.

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

En 1992, la organización mundial de la salud publica la 10 edición de la clasificación internacional de enfermedades, conocida como cie-10, con un capítulo dedicado a los “trastornos mentales y del comportamiento” en este sistema; los trastornos psicológicos, se agrupan en 10 secciones, esto lo hace por razones administrativa relacionadas con el sistema de codificación alfa numérico, empleado en esta clasificación. Tres de estas secciones están dedicadas a los trastornos infantiles. El cie-10 es mucho más amplio que cie-9, aumentándose considerablemente el número de categorías disponibles para la clasificación. El capítulo que trata de los trastornos mentales del cie-9, solo contenían 30 categorías, mientras que en el cie-10 se incluyen 100 categorías. Esta nueva versión contiene una presentación multiaxial (al igual que el DSM-III) así como una versión para la práctica psiquiátrica infantil y otra para investigación, de forma que se cubre las necesidades de los distintos usuarios (clínicos, investigadores, estadísticos, especialista, entre otros)

Los trastornos infantiles se agrupan en tres secciones diferentes denominadas “retraso mental” “trastornos del desarrollo psicológicos” “trastornos del conocimiento y de las emociones de comienzo habitual de la infancia y la adolescencia” aun que, al igual que en el DSM, las categorías que aparecen en otras secciones, también pueden utilizarse en el diagnostico infantil. La terminología empleada en cie10 es muy parecida a las que se utiliza en el DSM-III_r, aun que presenta diferencias sustanciales en la clasificación y agrupación de los trastornos infantiles.

En cie-10, presenta una descripción de cada trastorno, el diagnostico diferencial y los principales síntomas a tener en cuenta para el diagnostico. La mayor concreción del cie10 en comparación del cie9 conduce a una disminución de la prevalencia del trastorno lo que puede afectar a la política del servicio psicológico, psiquiátrico.

Refiriéndonos a la terminología se mantiene el vocablo neurosis, a pesar que la diferenciación entre neurosis y psicosis ya no es un criterio principal para clasificar los trastornos como vemos en cie9. Por otro lado, en capítulo V se utiliza el término trastorno en lugar de enfermedad.

A pesar del avance del cie 10, supone respecto a la conceptualización de los trastornos psiquiátricos infantiles, y de la adolescencia, en que están en la base de una mayor fiabilidad del diagnóstico, todavía es necesario alguna sub categoría, esto es concretamente en lo que se refiere a los criterios específicos de la edad y la validez de las distinciones diagnósticas. No obstante en ci10 presenta algunos puntos positivos, que en opinión de algunos científicos e investigadores de este tema como (Reuter 1989) son los siguientes:

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

En definitiva el ci10, también presenta problemas similares a los comentados en los anteriores, a propósito de las últimas versiones del sistema del DSM, aun que agravados por el hecho de que las pautas diagnósticas, las descripciones clínicas, y las reglas de decisión son aun mas imprecisas (Fernández y Luciano, 1979)

RETARDO MENTAL MODERADO:

La definición acerca del retraso mental se refiere al funcionamiento intelectual por debajo de un ci 70 de acuerdo con los porcentajes estándares que se obtienen en una población general, y que se traducen en déficit cognoscitivos, y comportamentales.

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

En cie10 lo conceptualiza 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 sociabilización, Las características del retraso 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 en los requerimientos laborales completos. 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 de lenguaje, es lento torpe manteniendo características correspondientes, a niños de menor edad. Se aprecian defectos atencionales, médicas, sensoriales, praxicos, adaptativos, y comportamentales que son variados de acuerdo con el nivel en el que se encuentran o a la etiología del trastorno, aparte de estas diferencias cualitativas para su clasificación se han tomado criterios cuantitativos que miden los déficit 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; deber, wesler, Vinet-terma-merry, Gessell,entre otros.

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

Retardo mental leve, cuyos coeficientes intelectuales están entre 69 y 55;

Retardo mental moderado con coeficientes intelectuales entres 54 y 40;

Retardo mental severo con coeficientes intelectuales entre 39 y 25 y;

Retardo mental profundo con coeficiente intelectual inferiores a 25

La etiología del retardo mental es múltiple. Al respecto Ardila y Rosselly en 1992, se refiere a 2 tipos de factores etiológicos; se refiere 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 motriz.

Los mismos autores agrupan la terminología del siguiente modo:

Patología pre natales: relacionada con alteraciones del desarrollo intra uterino las mismas que generan anomalías morfogenética esto es (alteraciones histológicas sin cambios evidentes de las configuraciones cerebrales) y mal formaciones morfoquineticas con alteraciones claras de la configuración cerebral que producen por ejemplo, hidrocefalia, lisencefalia, agennencia del cuerpo calloso.

Patología perinatal. Tiene que ver con traumas cerebrales durante el parto, por hipoxia, hipoglisemia, o trauma físico directo. Las alteraciones perinatales por traumas son conocidas como: parálisis cerebral. Este trastorno presenta alteraciones motrices del tipo cuadripléjico, diplejico, atáxicas y disquinesico. No siempre existe un relación directa entre los defectos motores y los trastornos motores (o lo contrario) y en otras ocasiones

se presentan juntos, la causa más frecuente de parálisis cerebral es la hipoxia cerebral que produce daños de los ganglios basales de tipo difuso, siendo selectivamente alteradas las células piramidales del hipocampo, cerebelo, ganglios subcorticales y las capas profundas de la corteza.

Patologías metabólicas: el trastorno más frecuente de este tipo es la fenilcetonuria caracterizada por niveles altos de ácido genilpirúvico 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 cognitivas 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: con la intoxicación con plomo.

Patología cromosómica: son más frecuentes los trastornos asociados a la herencia poligénica debida a la combinación defectuosa de genes que contribuyen el 75% de los

Grado de retraso mental.	Moderación y desarrollo preescolar (0-5 años)	Entrenamiento y educación escolar (6-20 años)	Adecuación social y vocabulario adulta (a partir de 21)
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 puede conseguir habilidades sociales y vocaciones adecuadas a una autoayuda mínima; pero puede necesitar asesoramiento, cuando se encuentra en situaciones de tensión social, o económicas inhabituales.
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, ser entrenado en hábitos sanitarios elementales, se beneficia del entrenamiento sistemático de los	Puede contribuir parcialmente a mantenerse así mismo bajo supervisión, completa; puede desarrollar protección en sí mismo, hasta un nivel de utilidad

		hábitos; es incapaz de beneficiarse, de entrenamiento, profesional,	mínima, en un ambiente controlado.
Moderado	Puede hablar o comunicarse; baja conciencia social; desarrollo motor bueno; se benefician 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 semi cualificados en condiciones de relativa protección; necesita supervisión y guía cuando se enfrenta en atenciones económica o sociales ligeras.
Profundo	Mínima capacidad de funcionamiento en las áreas sensoriales, necesita cuidado asistencia, se precisa supervisión y ayuda constante	Existe algún desarrollo motor puede responder a entrenamiento mínimo limitado en la ayuda de si mismo	Cierto desarrollo motor y lingüístico. Pueden recibir cuidado de sí mismo y muy limitado necesita cuidados y asistenciales.

Deficiencia del desarrollo del lenguaje expresivo demostrada mediante las puntuaciones obtenidas en evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo normalizada y administrada individualmente.

Criterio A: Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones, se puede manifestarse clínicamente a través de unos síntomas que incluyen un vocabulario sumamente limitado, cometer errores en los tiempos verbales o experimentar dificultades en la memorización de palabras o en la producción de frases de longitud o complejidad propias del nivel evolutivo del sujeto.

Criterio B. Interfiere en el rendimiento académico, laboral, comunicación social.

Criterio C. No se cumple criterios de trastornos mixtos del lenguaje receptivo-expresivo ni de trastornos generalizado del desarrollo.

Criterio D. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje debe excede de las habitualmente asociadas a tales problemas.

Síntomas y trastornos asociados.

- Trastornos fonológicos.

- Trastorno de fluencia y formulación del lenguaje acelerada, un ritmo errático del habla,
- Según la cultura: contexto idiomático y cultural del sujeto, ambientes bilingües, este trastorno de tipo evolutivo es más frecuente en los varones en referencia que las mujeres.
- Prevalencia: de 3-5% niños pueden estar afectados, y el tipo adquirido es menos frecuente.
- Curso: evolutivo se identifica hacia los 3 años de edad, o al inicio de la adolescencia, el que está asociado a ser adquirido es por accidentes o lesiones cerebrales.
- Patrón Familiar:
- Diagnóstico Diferencial: El desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo puede estar afectado por retraso mental, una alteración de la audición u otro déficit sensorial, un déficit motor del habla o una privación ambiental grave. Pruebas audiometrías, exploraciones neurológicas, y la historia clínica.

F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje. (315.31)

Alteración tanto del desarrollo del lenguaje receptivo-expresivo es una alteración del desarrollo del lenguaje receptivo como del expresivo verificar por las puntuaciones obtenidas

Lenguaje sensible limitado, errores en los tiempos verbales, dificultad para recordar palabras o producir frases de longitud o complejidad propias de su edad evolutiva, dificultad general para expresar ideas)

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

Se trata de un trastorno en el que el niño, habiendo progresado de un modo normal en la adquisición del lenguaje, pierde la capacidad de comprensión y de expresión del mismo, pero conserva la inteligencia general. La aparición del trastorno se acompaña de anomalías paroxísticas en el electroencefalograma (casi siempre en los lóbulos temporales, normalmente de un modo bilateral, pero con frecuencia con un trastorno disrítmico más generalizado) y en la mayoría de los casos también de ataques epilépticos. La aparición suele tener lugar entre los tres y los siete años de edad, pero puede tener lugar antes o después, durante la infancia. En la cuarta parte de los casos la pérdida de lenguaje tiene lugar de manera gradual durante un período de varios meses, pero lo más frecuente es que la pérdida sea brusca, en el curso de días o semanas. La relación temporal entre la aparición de los ataques y de la pérdida del lenguaje suele ser variable, precediendo unos a la otra o viceversa, con un intervalo de varios meses a dos años. Es muy característico que el deterioro de la comprensión del lenguaje sea profundo, y que las dificultades para la comprensión de los sonidos sean la primera manifestación de este

trastorno. Algunos niños enmudecen totalmente, otros limitan su expresión a una jerga particular, mientras que otros presentan déficits más leves en la expresión y fluidez verbales, a menudo acompañados por disartria. En algunos casos se presenta una afectación de la calidad de la vocalización, con una pérdida de las inflexiones normales. A veces, en las fases tempranas del trastorno, parece fluctuar la afectación de las funciones del habla. En los meses posteriores a la pérdida inicial del lenguaje son bastante frecuentes los trastornos del comportamiento y los emocionales, pero éstos tienden a mejorar a medida que el niño adquiere algún medio de comunicación.

Excluye:

Afasia adquirida secundaria a un traumatismo, tumor u otra patología cerebral conocida. Otro trastorno desintegrativo de la infancia (F84.3).

Autismo (F84.0, F84.1).

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

Incluye:

Ceceo.

Balbuceo.

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

Trastornos sin especificación en los que haya un deterioro significativo del desarrollo del habla o del lenguaje que no puedan explicarse por un retraso mental o por un déficit neurológico, sensorial o somático que afecten directamente al habla o al lenguaje.

Incluye: Trastorno del lenguaje sin especificación.¹

CONCLUSIONES.

El Sistema de clasificación de clasificación mas utilizado en la actualidad es el DSM en la que se trastornos infantiles han ido adquiriendo un lugar cada vez mas importante. Desde la primera versión en la que únicamente se consideraba la categoría diagnostica se ha ido elaborado diferentes versiones hasta llegar a la dsme iv, versiones que han aportado una mayor validez y utiliza al diagnostico infantil.

¹ <http://www.cepvi.com/CIE10/p105.shtml>

Si bien es cierto que todo sistema de clasificaciones tiene limitaciones, su uso puede ser de gran utilidad si se emplea como una guía u a las orientaciones, en combinación con diferentes técnicas evolucionadas y con informaciones provenientes de otras fuentes. No hemos de olvidar que debemos de olvidar que estamos tratando como tales que merecen que el estudio de su caso actualizado sea considerado con prudencia y con una base sólida en la que se apoya,

El hecho de basarse en un sistema de clasificación para realizar el diagnóstico no significa que poseamos toda la información que lo describe. Si lo que se persigue es orientar el tratamiento de un sujeto, el clínico necesita muchas más información que evidentemente no aparece en ningún manual de clasificación sin que a de obtenerse por medio de una evaluación rigurosa y exceptuando del caso concreto, de forma que a partir de ella pueda desprenderse el tratamiento más adecuado a seguir.

La fenilalanina, defecto transmitido en forma autosómica recesiva, detectada a tiempo puede ser tratada con resultados definitivos antes de los 6 meses. Otras alteraciones cognitivas pueden ser causadas por deficiencia de tiamina, yodo, niacina, y déficit nutricionales.

Patologías infecciosas.

Asociados con meningitis bacterianas, virus. Las más frecuentes es la rubéola, que usualmente produce retardo mental asociado con ceguera, sordera, malformaciones físicas y trastornos del lenguaje.

Patología Tóxica, como la intoxicación por plomo

Patología cromosómicas: son más frecuentes los trastornos asociados a la herencia poligénica debido a la combinación defectuosa de genes que constituyen el 75 % de los casos de retardo mental antes que los desordenes cromosómicos, la trisomía del cromosoma 21 es el causante del trastorno denominado síndrome de Down, características del trastorno mental, hipotonía, pliegue simfario, en la mano, pliegue epicanático ocular, y retraso en el desarrollo físico. No son usuales los trastornos de conducta, caracterizándose los sujetos más bien por ser colaboradores y afectuosos, tiende a presentar un envejecimiento prematuro y extremadamente los cambios cerebrales son parecidos a los que presentan los pacientes de Alzheimer.

Epilepsia, suele asociarse con el 25% de los niños, portadores de retraso mental. Por otro lado los niños que poseen epilepsia heredada pueden presentar capacidades intelectuales disminuidas a lo que se agrega que las constantes crisis convulsivas por los TCE (trauma craneoencefálico) secuenciales y la hipoxia repetida va produciendo efectos de deterioro

Autismo infantil: habilidades en la comunicación. Los concomitantes pueden ser respuestas estereotipadas, por la incapacidad para medir el peligro, aislamiento social, y resistencia al cambio. Aun que pueden apreciarse determinadas características, que las diferencia. En algunas ocasiones algunos autistas evolucionan favorablemente en la adolescencia y la adultez contrariamente a lo que sucede con el retraso 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 obtenido en las pruebas de inteligencia resueltas por niños autista hecho que no sucede en el retraso mental.

En los autistas los puntajes verbales por lo general son 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 incoherencia entre la forma gramatical y el contenido semántico del lenguaje. Algunos autores como Kinsbourng 1989 han sugerido problemas de lateralización con predominio de hemisferio derecho lo cual se encuentra con la mayor frecuencia de zurdos y ambidiestro lo se encuentra en los niños autista al sobre estimularse el hemisferio derecho se dividía el izquierdo causando los problemas definidos en el área del lenguaje.

Categoría uno lo que es el retraso mental

Segunda parte de la categoría de los trastornos psicológicos.

Un deterioro o retraso del desarrollo de las funciones que están íntimamente relacionadas con la maduración biológica del sistema nervioso central.

Un curso estable el mismo que no se ve afectado por las revisiones que tiende a ser estas características de muchos trastornos mentales. En la mayoría de los casos, las funciones afectadas son: el lenguaje como punto de partida el rendimiento de las funciones de la visión, y del espacio, y de coordinación de movimiento.

Los característico disminuya progresivamente a medida que los niños crezcan a un cuando en la vida adulta. Suelen persistir dificultades leves. La historia suele decirnos que un retraso o deterioro que a estado presente desde el momento en que sus manifestaciones fueron detectadas de forma fiable y sin que hayan 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 iguales o parecidos y en la etiología de muchos, pero no todos los casos, se supone que los factores genéticos desempeñan un factor importante a menudo los factores ambientales influyen en tanto en cuanto el ambiente este cargado y sobresaturado. Pero en la mayoría de los casos no tienen mayor influencia, sin embargo, aun que hay acuerdos generales para el conjunto de definiciones en los trastornos de esta sección en la mayoría

de los casos en la etiología es desconocida y existe mucha incertidumbre tanto para evitarlos como para subdividirlos. Por otra parte hay dos tipos de categoría incluida en esta sección. Que no satisfacen plenamente a las pautas de definición general.

Hay trastornos en los que ineludiblemente ha existido una fase anterior de desarrollo normal como por ejemplo el trastorno desintegrativo de la infancia, el síndrome de Léo-Kanner y ciertos casos de autismos, por otra parte hay trastornos que están definidos primeramente en términos de desviación más que de 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 ellos un cierto grado de retraso en el desarrollo. Mas aun si existe un solapamiento con otros trastornos del desarrollo tanto en los rasgos de los casos aislados como la forma que agrupan en familia, estos trastornos se atribuye una amplia gama de dificultades que se caracteriza por su especificidad, contrariamente a lo que sucede con el retardo mental que es un retraso generalizado.

La clasificación suele separarla con nomenclatura como:

Trastornos del aprendizaje, trastorno de la comunicación y el lenguaje, y trastorno de las habilidades motoras; y trastornos del específico del motor de la habla y del lenguaje, trastornos específicos de _____ y trastornos específicos del desarrollo psicomotor, que se ubica en el CI-10.

El desarrollo cognoscitivo no sigue un patrón uniforme por lo tanto circunstancial aquí se observan áreas de buen desarrollo y otras de menor desarrollo y déficit. A respecto nos dice Ardila y Roselli sobre los problemas específicos del aprendizaje cuando en un desarrollo de cognoscitivo normal se presenta un área particularmente deficitaria y de la de idiota & sabio cuando ante un desarrollo cognoscitivo deficitario se observa una habilidad que supera la normalidad esto es o se puede evidenciar: con mayor frecuencia la dislexia, disgrafía, disfagia, disfemia, dificultades espaciales, y utilizamos anteponiendo a esto disan para nombrar los defectos adquiridos (disfagia&apraxia)

Trastorno de las emociones y del comportamiento del comienzo habitual de infancia y adolescencia.

De acuerdo al CI-10 y DSM-4, tenemos la siguiente clasificación

Trastornos hipersintéticos.

Trastornos disociales

Trastornos mixtos disociales y de las emociones

Trastornos de las emociones del comienzo habitual de la infancia.

Trastornos de comportamiento social del comienzo habitual

Trastornos de tics

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

Trastornos de las emociones y del comportamiento que no aparecen en el DSM-4 dentro de estos están:

Trastornos de ansiedad fóbica de la infancia.

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 DE

Otros trastornos del comportamiento social de la infancia y adolescencia.

Trastornos del comportamiento social en la infancia sin especificación.

Trastornos de tics

- Otros trastornos de tics

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

- Farfullero

Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia no clasificado.

Trastornos mentales sin especificación.

Guía para el diagnóstico

Trastornos por déficit de atención por el comportamiento (categoría equivalente, dsm4)

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

- a) 6 o más de los síntomas siguientes de desatención persisten por lo menos 6 meses así como el grado de dificultades en adaptación en consistencia

Desatención: a) frecuentemente no prestan atención a los detalles por descuido de la actividades escolares

b) con frecuencia tienen dificultades para mantener la atención en actividades lúdicas.

c) con frecuencia parecen no escuchar, cuando se les dirige 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 con frecuencia rechazar verse envuelto en tareas que indiquen en tareas con las tareas escolares domésticas

g) con frecuencia pierden objetos necesarios para tareas y actividades, (lápiz, borrador, sacapuntas, etc)

h) son fácilmente distraídos por estímulos ajenos a las tareas.

i) con frecuencia presentan desinterés en las actividades diarias

2) 6 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 permanezca sentados.

c) frecuentemente corren trepan en demasado, en situaciones en las que resulta inapropiado (en adolescentes situaciones de inquietud)

d) con frecuencia tienen dificultades para realizar silenciosamente actividades pasivas

e) frecuentemente están "acelerados, a mil, a todo vapor".

f) frecuentemente habla en demasia.

IMPULSIVIDAD

A) frecuentemente dan respuestas antes de que las preguntas que hayan sido formuladas.

b) con frecuencia tienen dificultad para esperar su turno o momento

c) frecuentemente interrumpe o se meten en asunto de otros.

Algunos de los síntomas de hiperactividad/ impulsividad que causaban daño estaba presente antes de los 7 años

c) algún daño causado por los síntomas están presentes en dos o mas contextos (casa, escuela, etc)

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

PUNTO E) Los síntomas nno son secundariOs a otras enfermedades.

TRASTORNO DISOCIAL.

El comportamiento se basa:

- 1) grados excesivos de peleas o intimidaciones.
2. crueldad hacia las otras personas o animales.
3. destrucción grave de pertenencia ajena, insencido, robo.
- 4, mentiras reiterado frecuentes.
5. falta a la escuela o colegio y fuga del hogar.
6. rabietas frecuentes
8. graves conductas provocadoras: desafiantes y desobediencia persistentes
9. Con la expresión de una idea, la cual o se mezcla con otros llegando a los absurdos, se reitera y aparecen las seriaciones desordenadas o se mantienen en una idea fija en la seriación ordenada.

Por presentarse, la distribución ilógica casi exclusivamente en las inadecuaciones neuróticas o en sujetos con alteraciones psicológicas más estructuradas del desarrollo de la personalidad, así como 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 de pensamiento y ser esta una representación gráfica de la alteración dada como se había señalado anteriormente por severas alteraciones de la y su capacidad limitada de mantener la idea inicial a desarrollarla. Si la desviación del desarrollo de la personalidad se refleja en el dibujo libre, igualmente sucede con la figura humana, la 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 humano y otros elementos complementarios.

Cuando la alteración provoca dificultades en la, sea con sus coetáneos o adultos, la figura humana puede aparecer especialmente dañada.

Con relación al contenido se mantienen los mismos temas que analizamos en lo normales con sus diferencias genéricas. Sólo como elemento curioso resalta las “colinas”, que con gran frecuencia aparecen como elementos primordiales o básicos en el dibujo como si constituyeran un objetivo en sí mismo y no como parte del paisaje.

Sin pretender continuar subdividiendo los grupos podemos mencionar algunos elementos de contenido o elaboración del dibujo que aparece con frecuencia en los dibujos de niños con determinadas características como son: el exceso de ornamentación, arabescos y colorines innecesarios, “sólo para adornar” en los egocéntricos exhibicionistas o con síntomas histéricos: las seriaciones ordenadas al extremo de colocar “todas las piedras de un camino” o “todas las olas del mar” en niños muy ordenados. En los niños ordenados, rígidos o con síntomas obsesivos compulsivos, o el reforzamiento al rellenar o la “lluvia intensa” en los cuadros de predominio sobre ansioso.

PSICODIAGNÓSTICO INFANTIL

El psicodiagnóstico infantil constituye uno de los campos de aplicación más importantes en sí, el psicodiagnóstico es un conjunto de herramientas compuesto por test, técnicas y pruebas que tienen como finalidad el estudio profundo de la personalidad tanto 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 estas disposiciones potenciales del niño. Comprenden entre estas las edades de la primera y de la segunda infancia, esto es alrededor de los 2 a los 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 aquellas o de aquellos malestares del niño.

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

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

Para abordar el área emocional e interaccionar del niño se verán 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 auto concepto.

Para explorar el área familiar se estudiará 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 si la hubiere y enriquecer la percepción y modalidades vinculares que tiene el niño con su entorno.

En esta temática o de acuerdo a la modalidad de aprendizaje de la psicopatología se estudiará también la escala de ROTH o test de ZACK para niños y adolescentes de ambos sexos y/o cuestionarios complementarios que permitan explorar la relación vincular madre e hijo, como padre e hijo.

Deberá 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 armado del informe psicológico.