

PSICOLOGÍA
Textbook APIR 3
PSICOPATOLOGÍA y CLÍNICA INFANTIL

Pérez Ana Karina





© 2017
 © **MARBÁN**
 LIBRERÍA MÉDICA
 Joaquín María López, 72
 28015 Madrid, España
 Teléf.: (34) 91 543 55 55
 www.marbanlibros.com

MARBÁN
 EDITORIAL
 Sierra de Guadarrama 2
 28691 Vva. de la Cañada
 Madrid, España

MARBÁN
 IMPRENTA
 Sierra de Grazalema 3
 28691 Vva. de la Cañada
 Madrid, España

MARBÁN MÉXICO
 LIBRERÍA MÉDICA
 Pabellón Cuauhtémoc
 Antonio Manuel Anza 20
 Col. Roma Sur - Del. Cuauhtémoc
 Ciudad de México
 www.marbanlibros.mx

Textbook **APIR 3**

Publicado según acuerdo con:
 © ACADEMIA DE PREPARACIÓN PIR, S.L. (APIR)
 www.academiapir.com
 admin@academiapir.com

Fotocopiar es un delito (Art. 270 C.P.)

Son muchos los delitos de distinta naturaleza que se cometen diariamente en nuestra sociedad y que quedan impunes, pero ello no legitima a sus autores, que son delincuentes en cualquier caso.

En el supuesto de realizar estos actos de piratería, el elevado nivel de formación del destinatario de un libro médico es, en todo caso, un agravante, pues no puede alegar ignorancia o falta de capacidad intelectual.

Este libro está legalmente protegido por los derechos de propiedad intelectual. Su reproducción mediante fotocopia o cualquier otro soporte físico o electrónico es ilegal.

CÓDIGO PENAL - DE LOS DELITOS RELATIVOS A LA PROPIEDAD INTELECTUAL

Art. 270 C.P. Será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años o de multa de seis a veinticuatro meses quien, (...) en perjuicio de tercero, reproduzca, plagie, distribuya o comunique públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la autorización de los titulares de los correspondientes derechos de la propiedad intelectual o de sus cesionarios. La misma pena se impondrá a quien intencionadamente importe, exporte o almacene ejemplares de dichas obras o producciones o ejecuciones sin la referida autorización.

MARBÁN® es marca registrada.

La fotocopia o el uso de productos protegidos bajo una marca registrada ® constituye delito tipificado en el artículo 274 C.P. que protege el derecho de propiedad industrial.

ISBN 978-84-16042-77-7

Impreso en España. Printed in Spain



RESUMEN DE CONTENIDO

PSICOPATOLOGÍA

(ÍNDICE pág. 9)

1	MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA	11
2	SISTEMAS CLASIFICATORIOS EN PSICOPATOLOGÍA	13
3	PSICOPATOLOGÍA DE LA CONCIENCIA	21
4	PSICOPATOLOGÍA DE LA ATENCIÓN Y LA ORIENTACIÓN	25
5	PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSOPERCEPCIÓN	29
6	PSICOPATOLOGÍA DE LA MEMORIA	38
7	PSICOPATOLOGÍA DEL PENSAMIENTO	44
8	PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE	51
9	PSICOPATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD	59
10	TRASTORNOS PSICOMOTORES	61

PSICOPATOLOGÍA Y CLÍNICA INFANTIL

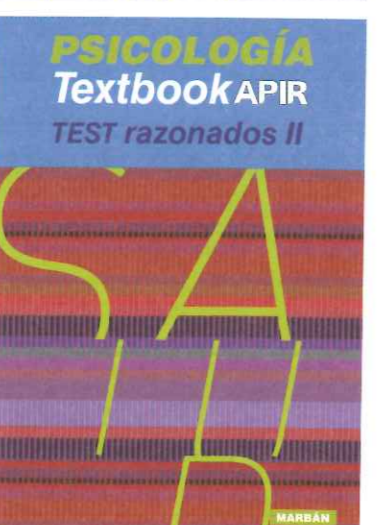
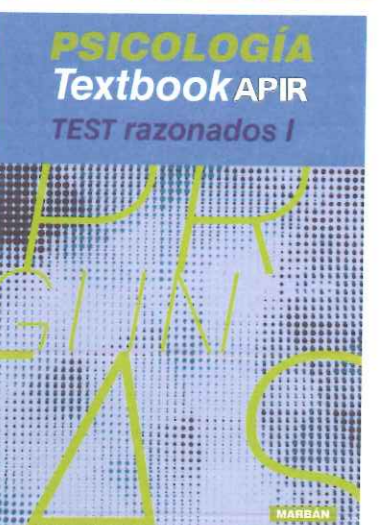
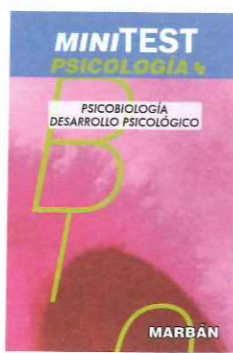
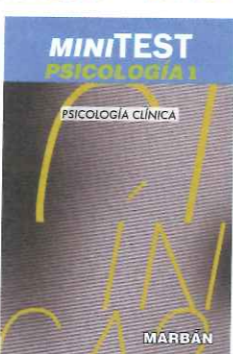
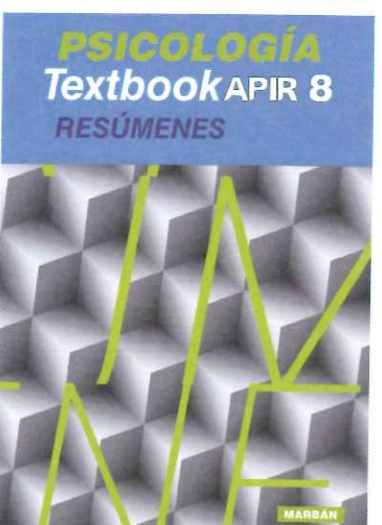
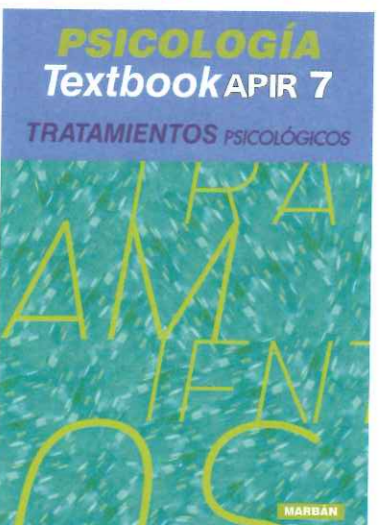
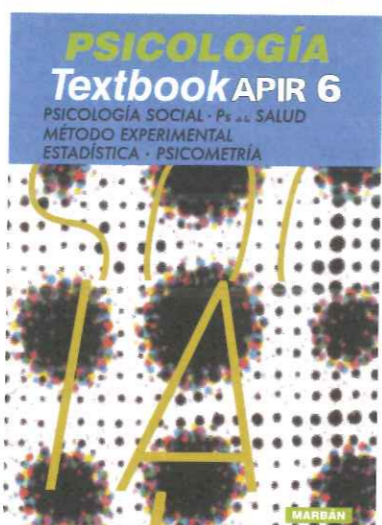
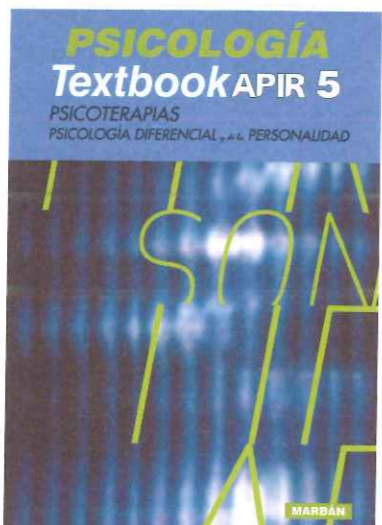
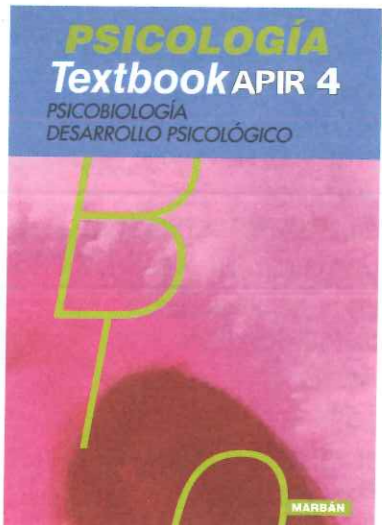
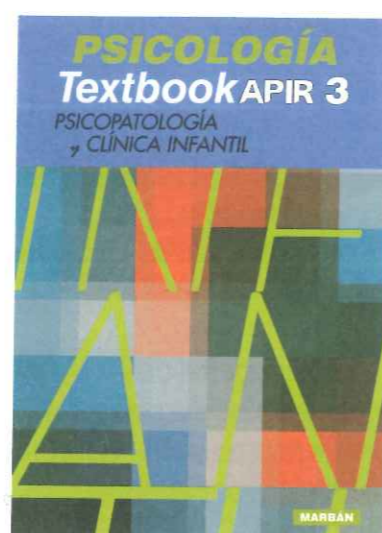
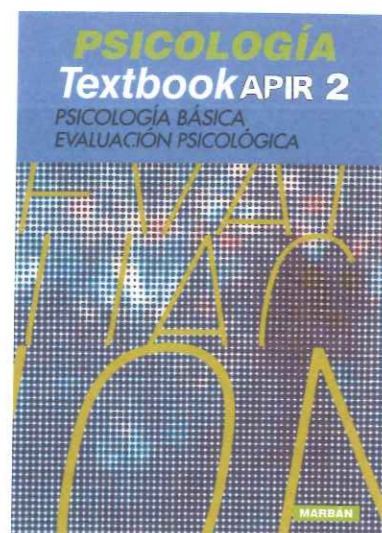
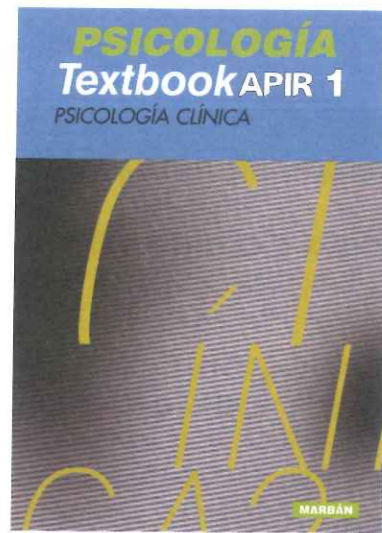
(ÍNDICE pág. 13)

1	INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL	15
2	DISCAPACIDAD INTELECTUAL DSM 5	24
3	TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA DSM 5 Y OTROS TRASTORNOS GLOBALES DE LA INFANCIA	34
4	TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN DSM 5	48
5	TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE DSM 5	59
6	TRASTORNOS MOTORES (DSM 5)	69
7	TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (DSM 5)	79
8	TRASTORNOS DE CONDUCTA EN TRASTORNOS DESTRUCTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA (DSM 5)	87
9	TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS DSM 5	94
10	TRASTORNOS DE LA EXCRECIÓN DSM 5	98
11	OTROS TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (DSM-IV-TR)	106
12	TRASTORNOS DEL SUEÑO	114
13	TRASTORNOS EMOCIONALES	119
14	OTROS MOTIVOS DE ATENCIÓN CLÍNICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	137

Los contenidos de **Textbook APIR** corresponden literalmente a los manuales utilizados para la preparación de exámenes en la carrera de Psicología y, en particular, para el examen PIR (Psicólogo Interno Residente).

Textbook APIR es el más eficaz y práctico resumen del temario completo de la carrera y ha sido creado por el profesorado de la academia de preparación **APIR**, centro de referencia absoluto para este tipo de evaluaciones profesionales.

Se ha respetado el temario y la paginación de las diferentes materias. Por esta razón, en el presente volumen, **Psicopatología** se extiende hasta la página 66 y **Psicopatología y Clínica Infantil** reinicia su paginación particular en ese punto.



PP PSICOPATOLOGÍA

AUTORES

Dirección editorial

KAZUHIRO TAJIMA POZO (3)
 BEATRIZ TORRES PARDO (3)
 LARA JIMÉNEZ MARTÍN (3)
 MARÍA CELESTE AMAYA MAIDANA (3)

Autores

KAZUHIRO TAJIMA POZO (3)
 BEATRIZ TORRES PARDO (3)
 ANIA MARTÍNEZ VALLE (10)
 YOLANDA RENDAL ARGIBAY (5)
 EZEQUIEL PÉREZ SÁNCHEZ (2)
 LARA JIMÉNEZ MARTÍN (3)

Coautores

RAQUEL ALONSO GÓMEZ (7)	BÁRBARA MORER BAMBA (7)
MARÍA ÁNGELES BARRANTES ORTEGA (3)	RUDIGER MUÑOZ RODRÍGUEZ (5)
ALEXANDRA BARROSO DÍAZ (8)	EZEQUIEL PÉREZ SÁNCHEZ (2)
ANA BELLVER ARBONA (5)	JUANA PORTILLO ABELLÁN (9)
MARÍA BUIL LABAT (7)	MIGUEL QUESADA LÓPEZ (1)
ÁNGEL CARRASCO TORNERO (8)	ARÁNZAZU RAMÍREZ VARGAS (4)
SONIA ESTRELLA BARAJAS (6)	YOLANDA RENDAL ARGIBAY (5)
MIRIAM P. FÉLIX ALCÁNTARA (3)	MÓNICA RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ (5)
BELÉN GAGO VELASCO (8)	PABLO RODRÍGUEZ LÓPEZ (4)
MONTSERRAT GALLART ALIU (2)	CRISTINA RODRÍGUEZ MUÑOZ (2)
MARIA ANGÉLICA GARCÍA ENCINAS (4)	GONZALO RUIZ MANRIQUE DE LARA (3)
JOSÉ LUIS GIRELA MARTÍN (5)	SABRINA SÁNCHEZ QUINTERO (3)
LIDIA GÓMEZ SÁNCHEZ (5)	JUAN FRANCISCO SERRA PLA (2)
JUAN JAVIER MANGUÉ PÉREZ (5)	PABLO SOTO USERA (3)
LARA JIMÉNEZ MARTÍN (3)	KAZUHIRO TAJIMA POZO (3)
ANIA MARTÍNEZ VALLE (10)	BEATRIZ TORRES PARDO (3)
LARA MASCARÓS ÁLVAREZ (8)	AMELIA VILLENA JIMENA (4)

(1) Alicante/Murcia/Albacete

(2) Barcelona

(3) Madrid

(4) Málaga

(5) Mallorca

(6) Sevilla/Córdoba

(7) Zaragoza

(8) Valencia

(9) Cáceres

(10) Bilbao

El área de la psicopatología es una constante en el examen PIR, con una media de **20 preguntas por convocatoria**.

Las preguntas frecuentes son en torno a la definición de conceptos y a la clasificación de los mismos. Por ejemplo, qué es la hipermimia, como definición, o qué tipo de alteración es la hipermimia (pregunta de clasificación).

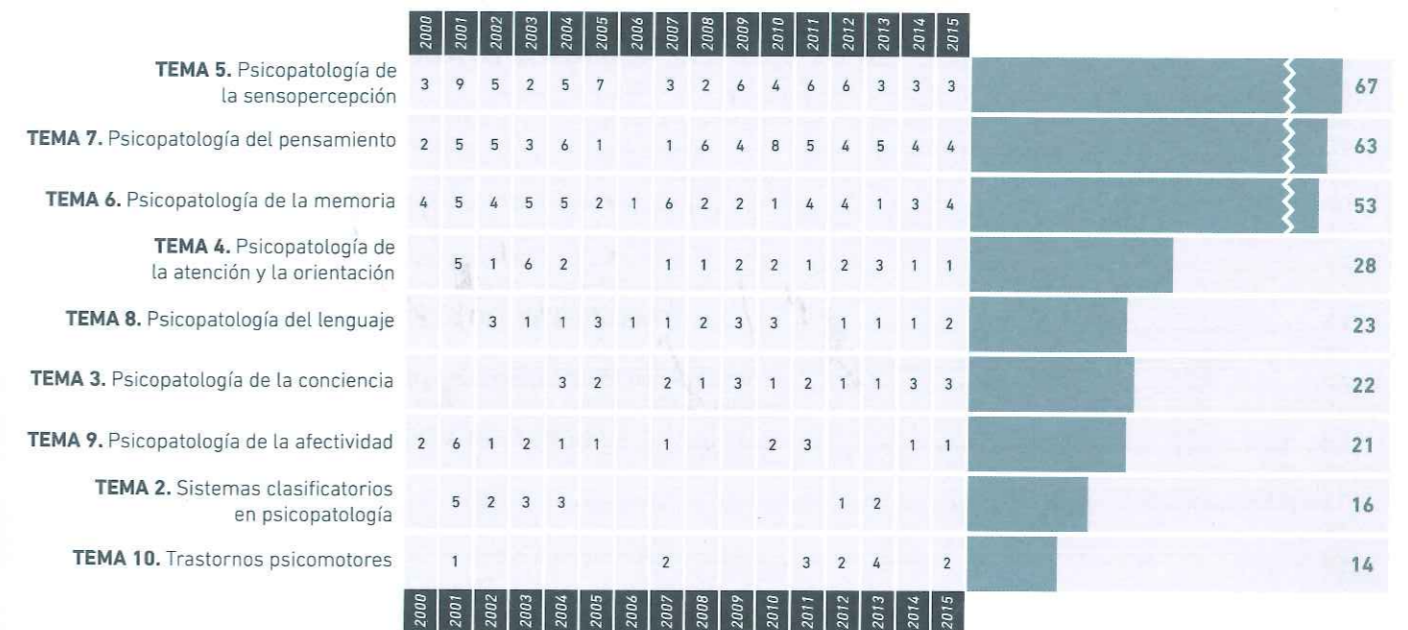
Dentro de la psicopatología las áreas más preguntadas son la psicopatología del pensamiento y de la sensopercepción.

Es importante debido a esto tener claros los conceptos en cada área y a qué área alterada pertenecen. Por ello, en el resumen sería interesante recoger los conceptos en cada área.

Dada la amplitud del temario PIR, en psicopatología resulta imprescindible, aparte de los dos puntos anteriores trabajar con esquemas, diferenciando los aspectos fundamentales de los detalles. Siempre se puede recurrir al manual fuente que son los manuales de Amparo Bellock para completar información.

Estos manuales han sido la referencia en psicopatología en todas las convocatorias PIR, y todo apunta a su continuidad.

Distribución por temas



TEMA 1. MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA	11
1.1. Introducción	11
1.2. Criterios de normalidad psicológica.....	11
1.3. Principales modelos en psicopatología.....	11
TEMA 2. SISTEMAS CLASIFICATORIOS EN PSICOPATOLOGÍA	13
2.1. Introducción	13
2.2. Tipos de clasificación.....	13
2.3. Modelos de clasificación en psicopatología	13
2.4. Clasificaciones psicopatológicas internacionales	14
TEMA 3. PSICOPATOLOGÍA DE LA CONCIENCIA	21
3.1. Introducción	21
3.2. Psicopatología de la conciencia	21
TEMA 4. PSICOPATOLOGÍA DE LA ATENCIÓN Y LA ORIENTACIÓN	25
4.1. Introducción	25
4.2. Atención como proceso cognitivo	25
4.3. Psicopatología clásica de la atención	26
4.4. Psicopatología de la orientación	27
4.5. Alteraciones atencionales en trastornos mentales.....	28
TEMA 5. PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSORPERCEPCIÓN	29
5.1. Introducción	29
5.2. Distorsiones perceptivas o sensoriales.....	29
5.3. Engaños perceptivos	30
TEMA 6. PSICOPATOLOGÍA DE LA MEMORIA	38
6.1. Introducción	38
6.2. Amnesia retrógrada	38
6.3. Síndrome amnésico.....	39
6.4. Amnesia y demencia	40
6.5. Amnesias funcionales o psicógenas.....	40
6.6. Hipermnesias	41
6.7. Paramnesias y parapraxias.....	41
6.8. Alteraciones mnésicas en trastornos mentales	41
TEMA 7. PSICOPATOLOGÍA DEL PENSAMIENTO	44
7.1. Introducción	44
7.2. Trastornos formales o del curso del pensamiento	44
7.3. Trastornos del contenido del pensamiento: delirios	45
TEMA 8. PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE	51
8.1. Introducción	51
8.2. Afasias.....	51
8.3. Disfasias infantiles.....	54
8.4. Dislalias infantiles y retraso simple del lenguaje.....	55
8.5. Disfemia o tartamudez.....	55
8.6. Alteraciones del lenguaje en trastornos mentales	56
TEMA 9. PSICOPATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD	59
9.1. Introducción	59
9.2. Alteraciones de la afectividad.....	59
TEMA 10. TRASTORNOS PSICOMOTORES	61
10.1. Introducción	61
10.2. Trastornos psicomotores	61
10.3. Trastornos de la mímica	66
BIBLIOGRAFÍA	67

TEMA 1

MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

1.1. Introducción

Psicopatología

Ciencia en sí misma que tiene por objeto el establecimiento de reglas y conceptos generales. Partiendo de la unidad que es el ser humano, va descomponiéndolo en funciones psíquicas (percepción, memoria, conciencia, etc.) y se desentiende de la terapéutica.

1.2. Criterios de normalidad psicológica

Existen distintos criterios para comprender y delimitar la normalidad (vs. la alteración). Todos estos criterios son necesarios, pero **ninguno es suficiente por sí mismo** para dar explicación de la diferencia entre la normalidad y anormalidad en el ámbito de la psicopatología.

Criterio estadístico

Basado en la cuantificación de los hechos psicológicos a través de la estadística y su distribución normal (campana de Gauss) en la población.

Consideraciones:

- Se considera anormal todo aquello que se desvía de la normalidad, es decir, lo que resulta poco frecuente (PIR02,129).
- Continuidad en el espectro normalidad-anormalidad. La alteración como una exacerbación, por defecto o por exceso, de esa normalidad; son diferencias cuantitativas o de grado.
- Lo psicopatológico se caracteriza por ser infrecuente, pero posee los mismos elementos que la normalidad.

Criterio sociológico, interpersonal o consensual

Desde este criterio se considera la normalidad (salud) como la **adaptación** del individuo a los modos de comportamiento esperables, habituales y considerados correctos por el grupo social al que pertenece (normalidad adaptativa).

Los riesgos de este criterio de normalidad son evidentes: someter lo normal a las modas sociales, cambiantes con el tiempo, poco dice acerca de la esencia de la normalidad (vs. la alteración).

Criterio subjetivo, personal o intrapsíquico

Bajo este criterio, es el propio individuo el que valora su estado de salud como normal o anormal, y lo expresa a través de manifestaciones verbales y comportamentales.

El principal problema de este criterio se da en determinados tipos de patologías (psicosis, psicopatías, demencias) que se caracterizan por una escasa o nula conciencia del trastorno.

Kurt Schneider (1959) propuso una variante de este criterio: el **algedónico**, el cual se refiere al sufrimiento personal, tanto propio como ajeno, como elemento definitorio de la presencia de una psicopatología.

Criterio biológico

Este criterio señala que las alteraciones psicopatológicas se deben a la alteración y/o disfunción del funcionamiento o la estructura normal del organismo. Atiende a factores genéticos, inmunológicos, bioquímicos...

Las causas de estas alteraciones pueden ser:

- Carencia de determinados elementos constituyentes: Prefijo "a".
- Agentes patógenos externos: Prefijo "dis".
- Ruptura del equilibrio normal de los procesos o estructuras involucradas: Prefijo "hiper" o "hipo".

1.3. Principales modelos en psicopatología

Las diferentes perspectivas teóricas sobre la conducta anormal se basan en los criterios vistos en el apartado anterior y se diferencian en el mayor o menor énfasis puesto en cada uno de ellos. Existen tres grandes modelos en la psicopatología científica actual: el biológico, el conductual y el cognitivo. Cada uno de ellos tiende a enfatizar un aspecto de la psicopatología (bases orgánicas, conducta y procesos mentales respectivamente).

Modelo biológico (biomédico, orgánico o biofísico)

Fue planteado por **Hipócrates** en su concepto de "patología de los humores" y afianzado durante el S. XIX por **Kraepelin** en su sistema de clasificación de las enfermedades mentales (relevancia de la vinculación de la enfermedad mental a una enfermedad orgánica, por ejemplo en la neurosífilis), así como en el S. XX tras el descubrimiento de los psicofármacos.

Esta orientación se refleja en los sistemas internacionales de clasificación actuales.

Postulados básicos de este modelo

- Principio fundamental del modelo biológico: **El trastorno mental es una enfermedad exactamente igual que cualquier enfermedad física.**
- El trastorno mental tiene una **etiología orgánica** (a nivel cerebral por defecto genético, metabólico, endocrino, infeccioso o traumático, estructural o funcional):

Responsable de la aparición de **signos** y **síntomas** cuya agrupación da lugar a categorías diagnósticas o síndromes (**PIR03, 124**).

• **Signo:**

Indicador **objetivo** de un proceso orgánico anómalo, constituyen cambios objetivamente observables y registrables (p. ej., cambios en la tensión arterial o en la temperatura) (**PIR03, 124**).

• **Síntoma:**

Indicador **subjetivo** de un proceso orgánico y/o funcional (p. ej., sensación de mareo, sensación de tener fiebre, dolor...). Constituyen fenómenos no siempre observables correspondientes a experiencias privadas. Es la unidad mínima describable en psicopatología.

• **Síndrome:**

Conjunto de signos y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico.

- El diagnóstico es el proceso de asignación de atributos clínicos o de sujetos que los manifiestan a una determinada categoría. (**PIR**).

- El tratamiento (biológico) incide sobre la supuesta etiología orgánica.

- Al considerarse una enfermedad, se utilizan **criterios categoriales** (existe o no existe), no continuistas (**PIR97, 75**). Cada categoría se diferencia cualitativamente del resto de enfermedades mentales.

Críticas al modelo biológico

- **Reduccionismo:**

La vida mental es una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales (modelo biopsicosocial). Los postulados orgánicos reducen esta complejidad a un solo factor biológico.

- **Validez:**

Muchos de sus estudios se realizan con animales, lo que conlleva una dificultad para generalizar los resultados, y además, sus estudios genéticos están abiertos a sucesivas interpretaciones en función de los avances en neurociencias.

- **Postulados rígidos:**

Considera al individuo como un ser pasivo; el diagnóstico en base a una serie de síntomas (no signos) y muchos trastornos psicológicos no obedecen a causas orgánicas.

Modelo conductual

Surge a principios de los años 60 del S. XX como nuevo paradigma de la psicología clínica debido al auge del desarrollo de la psicología del aprendizaje y a la insatisfacción con el modelo biológico aplicado a los trastornos mentales.

Postulados básicos de este modelo

- **Objetividad:**

Se centra en fenómenos objetivos y cuantificables, así como en las relaciones causales entre el ambiente y la conducta mediante la experimentación.

- **Rechazo del concepto de enfermedad:**

No habla de causas subyacentes a los síntomas.

- **Principios de aprendizaje como base teórica:**

Entiende los problemas psicopatológicos como conductas desadaptativas aprendidas a través de la historia del individuo (hábitos). Tales hábitos constituyen los síntomas clínicos y la propia conducta anormal.

- **Aproximación dimensional:**

La diferencia entre la conducta anormal y la normalidad es una cuestión de grado (cuantitativa), no de cualidad. Los sujetos deben clasificarse dentro de una misma dimensión. Proponen el análisis funcional de la conducta como alternativa al diagnóstico médico tradicional.

- **Relevancia de los factores ambientales:**

Los cuales han ido condicionando el desarrollo del individuo.

- **Énfasis en la experimentación:**

Trabajos dirigidos a la formación de teorías científicas que expliquen las causas y el tratamiento de la conducta anormal, mediante el análisis de variables, la formación de hipótesis y su contraste empírico.

Crítica al modelo conductual

- Excesivo reduccionismo:

Al considerar únicamente los factores ambientales como responsables de los comportamientos anormales y olvidar totalmente el papel de las variables intermedias (organismo, procesos cognitivos, etc.).

Modelo cognitivo

A partir de los años 50 fue cuando el cognitivismo surgió con fuerza. Encontramos sus antecedentes históricos en autores como **Wunt** y **James** (los cuales ya a principios del S. XX fijaron como elementos constitutivos de la investigación psicológica la actividad mental y la conciencia).

Postulados básicos de este modelo

- **Relevancia de fenómenos mentales** ("experiencias inusuales o anómalas" de Reed o "disconformidad" de Hampson), más que de la conducta anormal.

• **Referencia imprescindible a los fenómenos subjetivos** (introspección o informes verbales).

• **Se interesa tanto en la forma** (cómo se elabora la información) **como en el contenido** (qué se elabora).

• El **objetivo** de la investigación psicopatológica es el **estudio del funcionamiento de los procesos de conocimiento anómalo**, ya sea en situaciones naturales o artificiales.

- **Consideración del sujeto como un ser activo, autoconsciente y responsable**, no una caja negra ligada a los condicionantes ambientales (como postula el modelo conductual).

- Utiliza tanto **metodología experimental como otras** más ligadas a las ciencias sociales (observacional, cuasi-experimental...).

Desde este modelo, la salud mental puede definirse sobre la base de tres parámetros que deben estar en constante cooperación e interrelación (**Giora, 1975**):

- Habilidad para adaptarse a las demandas externas y/o internas.

- Debe estar contrabalanceada por las tendencias de actualización (búsqueda constante de novedades y renovación).

- Sentimientos de autonomía funcional y de autodeterminación.

Resumen de los puntos principales

CRITERIOS DE NORMALIDAD PSÍQUICA	<ul style="list-style-type: none"> - Estadístico: distribución según la curva normal. - Sociológico e interpersonal ("consensual", Sullivan). - Subjetivo, personal o intrapsíquico (variante: "algedónico", Schneider). - Biológico.
MODELOS	<ul style="list-style-type: none"> - Biológico: enfermedad mental, criterios categoriales (no continuista). - Conductual: leyes del aprendizaje, continuista. - Cognitivo: fenómenos mentales.

TEMA 2

SISTEMAS CLASIFICATORIOS EN PSICOPATOLOGÍA

2.1. Introducción

La elaboración de clasificaciones en psicopatología se basa en el supuesto de que existe un determinado número de covariantes que se comparten, es decir, existe una regularidad de signos y síntomas, y responde a dos objetivos básicos: 1) economía cognitiva, y 2) estructuración y organización de datos.

Conceptos básicos

- **Clasificación:**

Procedimiento utilizado para identificar categorías y asignar las entidades, basándonos en atributos o relaciones comunes.

- **Diagnóstico:**

Proceso de identificación y asignación de atributos clínicos o de sujetos que los manifiestan a una categoría clínica (**PIR**).

- **Nosología:**

Es la ciencia que tiene por objeto describir, explicar, diferenciar y clasificar la amplia variedad de enfermedades y procesos patológicos existentes, entendiendo estos como entidades clínico-semiológicas, generalmente independientes e identificables según criterios idóneos. Es decir, cuando las entidades a clasificar son enfermedades o trastornos mentales.

2.2. Tipos de clasificación

Filéticas vs. Fenéticas (o numéricas)

Clasificaciones **filéticas**: se basan en la noción aristotélica de "esencia" (p. ej., las clasificaciones hechas por Darwin de los seres vivos o las relaciones filogenéticas).

Clasificaciones **fenéticas o numéricas**: basan la clasificación en la observación empírica y en el cómputo del máximo número de características compartidas por los elementos (p. ej., las relaciones fenotípicas).

Empíricas vs. Inferenciales

Clasificaciones **empíricas**: se basan en hechos observables y objetivos.

Clasificaciones **inferenciales**: se basan en datos objetivos, al hacer inferencias sobre las causas y procesos subyacentes a lo observable.

Extensivas vs. Intensivas

Clasificaciones **extensivas**: van enumerando todos los miembros de una clase.

Clasificaciones **intensivas**: van enumerando las características necesarias para pertenecer a una categoría.

Monotéticas vs. Politéticas

Clasificaciones **monotéticas**: basan su organización en una sola variable o en un número limitado de ellas.

Clasificaciones **politéticas**: basan su organización en la existencia de un determinado número de características compartidas por una proporción significativa de los elementos de una clase (p. ej., CIE y DSM) (**PIR96, 102; PIR99, 184**).

Las categorías politéticas limitan la estereotipia, permiten mayor flexibilidad diagnóstica, refuerzan la variabilidad intragrupo y no exigen signos distintivos o patognomónicos.

Clásicas vs. Prototípicas

Clasificaciones **clásicas**: se componen de entidades discretas y homogéneas en sus características descriptivas.

Clasificaciones **prototípicas**: se basan en un prototipo que sirve de referencia, y que constituye el conjunto de características más comunes de los miembros. Se asume que el prototipo tiene propiedades de alguno de los miembros de la categoría, pero no tiene ninguna que se considere necesaria y/o suficiente para pertenecer a dicha categoría (p. ej., CIE y DSM).

2.3. Modelos de clasificación en psicopatología

Según continuidad: categorial, dimensional o híbrido

Modelos categoriales o cualitativos

Organizan las categorías, clases, tipos o clusters de elementos en base a la existencia de características comunes.

- **Ventajas:**

- Facilita la comunicación entre profesionales y la creación de diseños para la investigación.
- Resulta fácilmente memorizable (economía cognitiva).
- Responde mejor a las exigencias de una organización institucional asistencial.

- Unifica la psicopatología manifestada por los sujetos (integración).
- **Inconvenientes:**
 - Contribuyen al mantenimiento de la creencia de que los procesos psicopatológicos incluyen entidades discretas.
 - Pérdida importante de información: No incluyen determinados aspectos de la conducta ante la necesidad de restringir el número de atributos.
 - Criterios diagnósticos restrictivos: Para incrementar la homogeneidad en los miembros de cada clase, y se añaden categorías mixtas que sirven de cajón de sastre.
 - El número de categorías suele estar muy por debajo de las diferencias interindividuales, es decir, hay menos categorías que diferencias entre las personas.

Modelos dimensionales o cuantitativos

No se hace en base a criterios disyuntivos, sino que se apoya en un conjunto de dimensiones con las que se permite visualizar las relaciones entre los objetos.

Estas dimensiones son, por lo general, estimadas a través de ecuaciones lineales, siendo una combinación de las variables observadas. Estas descripciones dimensionales suelen usar metáforas espaciales y deberían incluir solo unas pocas dimensiones.

- Ventajas:

- Pérdida mínima de información, ya que permite combinar distintos atributos clínicos en una representación multifactorial.
- Facilita interpretar como extremos de un continuo la psicopatología y la normalidad psíquica.
- Facilita la apreciación de los cambios experimentados por los sujetos.

- Inconveniente:

- No existe un acuerdo en cuanto al número de dimensiones para representar los problemas psicológicos.

Modelos híbridos o enfoque clase-cuantitativo (Skinner)

Combinan los modelos categoriales y dimensionales. En estos modelos, las valoraciones tratan de formularse primero en términos de categoría (prestando atención a los atributos más característicos del objeto) y, después, diferenciando cuantitativamente dichos rasgos mediante dimensiones para representar distintos grados de relevancia clínica.

Este tipo de modelo ha sido utilizado por **Millon** en su clasificación de los trastornos de la personalidad.

Según estructura: vertical, horizontal o circular

Estructura vertical o jerárquica

Árboles diagnósticos en los que las categorías de nivel superior (más abstractas) engloban otras de nivel inferior (más concretas).

Ejemplos de este tipo de clasificación son la CIE-10 y la clasificación de trastornos afectivos del DSM-III-TR.

Estructura horizontal o multiaxial

Organiza las clases en series paralelas, segmentando las categorías (ejes) del mismo nivel de inclusividad.

Este tipo de estructura ha sido muy utilizado en psicopatología. Por ejemplo, el DSM-III intentó seguir una estructura multiaxial y jerárquica, integrando ambos tipos (**PIR02, 127**).

Estructura circular o circupleja

Las categorías similares se sitúan en lugares cercanos dentro de los segmentos de un círculo. Esta estructura ha sido utilizada, por ejemplo, por **Millon** para organizar las diferentes personalidades anormales (en función de dos variables: afiliación social y emotividad) (**PIR96, 103**).

2.4. Clasificaciones psicopatológicas internacionales

Clasificaciones DSM

Por encargo del gobierno norteamericano se creó la primera clasificación psiquiátrica oficial en 1840, que incluía todas las alteraciones mentales bajo el término de idiocia y locura.

DSM-I (1952)

- Desarrollado por el comité precursor de la actual American Psychiatric Association (APA).
- Se desarrolla en torno al concepto de "reacción" de **Meyer**: Trastornos mentales como reacciones a los problemas vitales y a las dificultades de los individuos. Influenciado por la obra de **Freud**, utiliza términos como "mecanismos de defensa", "neurosis", etc.

DSM-II (1969)

- Abandona la noción de "reacción", pero sigue manteniendo conceptos psicoanalíticos.
- Manifiesta una vaguedad en cuanto a la definición de categorías (similar a la CIE-8).
- Se da un cambio de terminología, dejándose de hablar de enfermedades para empezar a hablar de trastornos.
- Durante los años 70 se da en Estados Unidos un nuevo interés por la obra de **Kraepelin**, organizándose una corriente denominada neo-kraepeliana con representantes como **Robins**, **Winokur** y **Guze**. Esta corriente favoreció:
 - La publicación, en 1972, de los Criterios Feighner, un sistema taxonómico basado en definiciones precisas de las categorías diagnósticas, lo que mejoró la fiabilidad a expensas de una menor amplitud de las categorías.
 - El desarrollo de los **Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC, Spitzer, Endicott y Robins, 1975, 1982)**, una definición operativa de 25 categorías o trastornos clínicos (**PIR99, 185**). Descriptivo. Delimitan una sintomatología fundamental y otra asociada, así como unos criterios de exclusión para cada categoría. Da lugar a la entrevista semiestructurada SADS.

DSM-III (1980)

- Se basa en el DSM-II, los Criterios Feighner y RDC (**PIR99, 186**).
- Suprime conceptos vagos con el objetivo de crear un sistema "ateórico" y "descriptivo" (p. ej., suprimió el término neurosis (**PIR**) como concepto aglutinador y criterio rector de los trastornos de ansiedad, que pasan a organizarse en dos grupos: fobias y estados de ansiedad). También se eliminó el concepto de psicosis.
- Esta clasificación desarrolló una definición de criterios pormenorizados para la identificación de los trastornos, con criterios explícitos de inclusión y exclusión (**PIR03, 166**).

Llegando a una descripción amplia de cada trastorno incluyendo características esenciales y correlacionales: edad de comienzo, deterioro, factores predisponentes, tasas, patrones familiares y criterios para un diagnóstico diferencial.

- Los criterios se basan exclusivamente en signos, síntomas y rasgos observables o inferidos y no en modelos etiológicos, exceptuando los trastornos con base orgánica.
- Este uso de criterios diagnósticos operativos se debía al deseo de hacer más científica la clasificación clínica, pero con una utilidad escasamente documentada desde el punto de vista empírico.
- El DSM-III fue la primera clasificación psicopatológica en introducir un diagnóstico multiaxial (**PIR02, 127**) (varios ejes para la descripción del paciente). Sin embargo, se trata de un sistema de clasificación híbrido, ya que combinaba este sistema multiaxial con una estructura jerárquica para evitar que un sujeto se dé más de un diagnóstico.
 - **Tres ejes categoriales** o tipológicos o cualitativos:
 - Eje I: trastornos psiquiátricos.
 - Eje II: trastornos del desarrollo.
 - Eje III: problemas físicos.
 - **Dos ejes dimensionales** o cuantitativos:
 - Eje IV: estresores psicosociales.
 - Eje V: nivel de adaptación al entorno.

Esta organización está inspirada en dos principios básicos:

- **Principio de Parsimonia (PIR97, 72):** Conveniencia de buscar un único diagnóstico. El más simple, económico y eficiente que pueda explicar todos los datos con los que se dispone.
- **Principio de Jerarquía:** Existencia de un árbol sindrómico, en el cual los trastornos tienden a disminuir en gravedad de arriba hacia abajo (conceptualizado por primera vez por **Jaspers**).

Haynes y **O'Brien** señalan mejoras del DSM-III en los siguientes aspectos:

- Mayor fiabilidad interjueces y estabilidad temporal de las medidas.
- Mayor homogeneidad intracategorías y heterogeneidad inter-clase.
- Mayor precisión en la definición operacional y en el proceso de toma de decisiones diagnósticas.
- Mejores estudios de campo para su validación.
- Mayor predisposición hacia puntos de vista conductuales, en especial ante los problemas de la infancia.

DSM-III-TR (1987)

Muy similar a la versión anterior, los cambios que se produjeron respecto al DSM-III fueron los siguientes:

- En el Eje I: Desaparición de la diferenciación entre "Abuso de sustancias" y "Dependencia de sustancias"; supresión de la categoría específica "Homosexualidad egodistónica" y de la diferenciación entre "Trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad"; reordenación de los trastornos afectivos a "Trastornos del estado de ánimo".
- En el Eje IV: Distinción entre "Sucesos estresantes agudos" y "Circunstancias estresantes duraderas".
- En el Eje V: Se dio un cambio de la denominación, pasando de "Nivel máximo de adaptación en el último año" a "GAF: Escala de evaluación global de funcionamiento".

Dio lugar a la entrevista estructurada SCID (**PIR**).

DSM-IV (1994)

Con la publicación del DSM-IV se pretendió, además de una coordinación con la CIE-10 (que había sido introducida en 1993), dar prioridad a los resultados de las investigaciones sobre cualquier otro criterio de decisión, incluido el consenso entre expertos. Dicha información empírica fue obtenida de tres fuentes: análisis de datos, revisiones de la literatura científica y estudios de campo.

Las características más destacables del DSM-IV son:

- Se mantiene el sistema multiaxial, ampliando en el eje IV las circunstancias generadoras de estrés y manteniendo, en el eje V, el uso del GAF (aconsejando la utilización de otras escalas: SOFAS y GARF).
- Los trastornos quedan organizados en 16 categorías diagnósticas más otro apartado para otras alteraciones no recogidas y que pueden ser foco de atención.
- Si se pueden dar varios diagnósticos del Eje I deben codificarse todos ellos (**PIR01, 86**).
- Existe un principio organizador general basado en características fenomenológicas compartidas (**PIR03, 106**), excepto en los trastornos adaptativos que se basan en la etiología común.
- Excluye los trastornos mentales orgánicos e incluye las categorías de delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos.
- Se reformulan algunos criterios de ciertos trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, así como de algunos trastornos de personalidad (desaparece el trastorno de personalidad pasivo-agresivo). Y dejan de codificarse las características desadaptativas de personalidad que no cumplen criterios mínimos para el diagnóstico de trastorno de la personalidad (**PIR01, 87**).

DSM-IV-TR (2000)

- El DSM-IV-TR posee una clasificación multiaxial (5 ejes) (**PIR01, 253; PIR04, 62**).
- Se recogen 17 categorías: 16 principales y una última para "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica".
- La mayor parte del texto se mantuvo sin cambios ya que la información del DSM-IV estaba actualizada.
- Supuso una actualización de los códigos para reflejar también los de la anterior, la CIE-9-MC (modificación clínica).

(Ver tabla 1 en la página siguiente)

Dentro de **Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica**, encontramos:

- Factores psicológicos que afectan al estado físico (indicar enfermedad médica).
- Trastornos motores inducidos por medicamentos.
- Trastornos inducidos por otros medicamentos.
- Problemas de relación.
- Problemas relacionados con el abuso o la negligencia.
- Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica.

En el eje V se recoge la **Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)** (ver tabla 2 en las páginas siguientes).

(Ver tabla 3 en las páginas siguientes)

DSM-IV-TR	
Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia Retraso mental Trastornos del aprendizaje Trastorno de las habilidades motoras Trastornos de la comunicación Trastornos generalizados del desarrollo Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez Trastornos de tics Trastornos de la eliminación Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia: ansiedad por separación, mutismo selectivo, trastorno reactivo de la vinculación, trastorno de movimientos estereotipados	Trastornos somatomorfos
	Trastornos facticios
	Trastornos disociativos
	Trastornos sexuales y de la identidad sexual Trastornos sexuales Parafilias Trastornos de la identidad sexual
	Trastornos de la conducta alimentaria Anorexia Bulimia
	Trastornos del sueño
	Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados Trastorno explosivo intermitente Cleptomanía Píromanía Tricotilomanía Juego patológico
	Trastornos adaptativos
	Trastornos de la personalidad Trastornos de la personalidad del grupo A Trastornos de la personalidad del grupo B Trastornos de la personalidad del grupo C
	Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
Trastornos mentales debidos a enfermedad	
Trastornos relacionados con sustancias Trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) Trastornos inducidos por sustancias (intoxicación y abstinencia) Alcohol, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos	
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	
Trastornos del estado del ánimo	
Trastornos de ansiedad	

Tabla 1. Categorías diagnósticas DSM-IV-TR.

Consideraciones de codificación

- Si un sujeto sufre más de un trastorno del eje I deben registrarse todos ellos.
- Se debe indicar en primer lugar el diagnóstico principal o el motivo de consulta.
- Cuando se presenta un diagnóstico del eje I y otro del eje II, se supondrá que el principal es el del eje I, a no ser que el del eje II vaya seguido de "diagnóstico principal" o "motivo de consulta".

Permitió corregir errores y ambigüedades presentes en la anterior edición:

- Clarificación de la definición de trastorno generalizado del desarrollo (TGD).
- Eliminación del criterio de significación clínica del conjunto de criterios para los trastornos de tic.
- Modificación del criterio de significación clínica para las parafilias. Se retoma la formulación del DSM-III-TR para la pedofilia y para las parafilias que implican como víctima a un individuo que no consiente.
- Cambios en las convenciones de codificación, para indicar la existencia de síntomas psiquiátricos clínicamente significativos como parte de la demencia.
- Clarificación de los procedimientos para hacer una valoración del eje V mediante EEAG.

En la valoración para el "periodo actual" se codifica el nivel más bajo de funcionamiento durante la semana anterior a la evaluación.

- Clarificación del concepto de dependencia a varias sustancias.

DSM-5

En 2013 se publicó la quinta versión del DSM.

Principales cambios que aporta:

- Se pasa de 16+1 categorías diagnósticas a 22.
- El DSM 5 no se considera una clasificación multiaxial, si bien establece una propuesta de conceptualización entorno a tres áreas (similares a la CIE-10).
 - Área I: Trastornos mentales, trastornos de la personalidad, retraso mental y enfermedades médicas.
 - Área II: Alteración del funcionamiento evaluado mediante la escala WHODAS 2.0.
 - Área III: Otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica.
- Dentro de cada categoría, se acepta un enfoque dimensional (**espectros**).
- A nivel de contenido, los cambios más importantes con respecto al DSM-IV-TR se dan en la categoría de **Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia**, que es sustituida por la categoría de **Trastornos del Neurodesarrollo** y el resto de trastornos tradicionalmente incluidos en **Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia**, pasan a ubicarse en la categoría general de trastornos clínicos de referencia:

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)	
100 91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de la vida, es valorado/a por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90 81	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado/a e implicado/a en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho/a de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80 71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70 61	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60 51	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).
50 41	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40 31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30 21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20 10	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maniaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
10 1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte (PIR01, 89).
0	Información inadecuada.

Tabla 2. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).

DSM-IV-TR	
EJE I	Trastornos clínicos
EJE II	Trastornos de personalidad y retraso mental Mecanismos de defensa y rasgos desadaptativos de personalidad (PIR04, 152)
EJE III	Enfermedades médicas
EJE IV	Problemas psicosociales y ambientales
EJE V	Evaluación de la actividad global (EEAG)

Tabla 3. Ejes de la evaluación multiaxial del DSM-IV-TR.

- El Trastorno de Ansiedad por Separación y el Mutismo se incluyen dentro de los **Trastornos de Ansiedad**.
- Los Trastornos de la Alimentación se incluyen dentro de los **Trastornos de la Conducta Alimentaria**.
- Los Trastornos de Conducta se incluyen dentro de los **Trastornos del Control de Impulsos**.
- El trastorno de Vinculación Reactivo se incluye en los **Trastornos de Trauma y Estrés**.
- Los Trastornos de Eliminación constituyen una categoría específica e independiente.

En la **tabla 4** se recuadra una comparativa de las categorías diagnósticas DSM-IV-TR y DSM-5 (**ver página siguiente**).

Clasificaciones CIE

La Clasificación Internacional de Enfermedades (en adelante, CIE) 1, 2 y 3 fueron coordinadas por **Bertillon** (director del servicio de Estadística de París).

Desde la **CIE4** hasta la actual CIE10 estas clasificaciones han sido coordinadas por la OMS.

Hasta la **CIE5**, este modelo de clasificación incluía sólo las enfermedades que eran causa de enfermedad e invalidez.

En la **CIE6** se incluye por primera vez un capítulo para las enfermedades mentales (Capítulo V) que se encuentra dividido en tres apartados: 1) psicosis, 2) desórdenes neuróticos, y 3) trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia).

La **CIE7** no introdujo casi variaciones.

En la **CIE8** se incorporó un glosario con las principales categorías clínicas, lo que permitió incorporar un lenguaje médico común y mejoró la fiabilidad en el área diagnóstica. Esta versión dividía las alteraciones mentales en tres grupos: 1) psicosis, 2) neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos, y 3) oligofrenia.

La **CIE9** casi no introduce cambios en el capítulo V (Trastornos Mentales).

CIE-10

En la CIE-10 aparecen 21 capítulos que recogen todo el espectro de enfermedades identificadas en el ser humano. Es en el Capítulo 5 (Capítulo V o Capítulo F) donde se clasifican los **Trastornos Mentales y del Comportamiento**.

Además existe la posibilidad de codificar, fuera del Capítulo V, la existencia de enfermedades médicas actuales potencialmente relevantes para la comprensión o el abordaje del trastorno mental (**PIR01, 88**).

La CIE-10 recoge tres ejes de evaluación: eje clínico (trastornos somáticos, trastornos psiquiátricos y trastornos de la personalidad), discapacidad y factores ambientales y del estilo de vida.

CIE-10
Eje clínico: Trastornos somáticos, Trastornos psiquiátricos y Trastornos de la personalidad
Discapacidad
Factores ambientales y del estilo de vida

Tabla 5. CIE-10.

Dentro del capítulo V relativo a los trastornos mentales y del comportamiento, se recogen las principales categorías diagnósticas, a saber (**PIR**):

CÓDIGOS	CATEGORÍAS DEL CAPÍTULO V DE LA CIE-10
F00-09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos
F10-19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas
F20-29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes
F30-39	Trastornos del humor (afectivos)
F40-49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
F50-59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
F60-69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
F70-79	Retraso mental
F80-89	Trastornos del desarrollo psicológico
F90-98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
F99	Trastorno mental sin especificación

Tabla 6. Categorías del capítulo V de la CIE-10.

Es importante tener en cuenta que las enfermedades orgánicas aparecen en la CIE-10 fuera del capítulo V (se contemplan dentro de su capítulo correspondiente), pero se codifican, siguiendo una codificación multiaxial para los trastornos mentales, en el eje I.

A partir de la CIE-10 se han elaborado una serie de entrevistas estructuradas con preguntas estandarizadas que pretenden facilitar la obtención de datos para determinar la presencia o ausencia de un determinado trastorno. Son las siguientes:

- CIDI "Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta", **Robins y cols.** 1988 (**PIR04, 163**).
- SCAN "Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría", OMS. 1993.
- IPDE "Examen Internacional de Trastornos de Personalidad".

DSM-IV-TR	DSM-5
Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia Retraso mental Trastornos del aprendizaje Trastornos de las habilidades motoras Trastornos de la comunicación Trastornos generalizados del desarrollo Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez Trastornos de tics Trastornos de la eliminación Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia: ansiedad por separación, mutismo selectivo, trastorno reactivo de la vinculación, trastorno de movimientos estereotipados	Trastornos del neurodesarrollo Discapacidad intelectual Trastorno específico del aprendizaje Trastornos motores Trastornos de la comunicación Trastorno del espectro autista Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos	Trastornos neurocognitivos Delirium Trastornos neurocognitivos severos y leves
Trastornos mentales debidos a enfermedad	Otros trastornos mentales
Trastornos relacionados con sustancias Trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) Trastornos inducidos por sustancias (intoxicación y abstinencia) Alcohol, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos	Trastornos adictivos y relacionados con sustancias Alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco Trastornos no relacionados con sustancias: trastorno del juego
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Trastornos del estado del ánimo	Trastornos bipolares y relacionados
Trastornos de ansiedad	Trastornos depresivos
	Trastornos de ansiedad
	Trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados
Trastornos somatomorfos	Trastornos relacionados con el trauma y con el estrés Trastorno de estrés agudo Trastorno de estrés postraumático Trastornos adaptativos Trastornos reactivos de la vinculación Trastorno del comportamiento social desinhibido
	Trastornos por síntomas somáticos y relacionados Trastorno con síntomas somáticos Ansiedad por enfermedad Trastorno por conversión Factores psicológicos que afectan a condiciones médicas Trastornos facticios
	Trastornos facticios
Trastornos disociativos	Trastornos disociativos
Trastornos sexuales y de la identidad sexual Trastornos sexuales Parafilias Trastornos de la identidad sexual	Disfunciones sexuales
	Trastornos parafilicos
	Disforia de género
Trastornos de la conducta alimentaria Anorexia Bulimia	Trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria Anorexia Bulimia Pica Rumiación Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta Trastorno por atracón

Tabla 4. Comparativa de las categorías diagnósticas DSM-IV-TR y DSM-5.

Resumen de los puntos principales

TIPOS DE CLASIFICACIÓN

	EXTENSIVAS	INTENSIVAS
SEGÚN LA TAXONOMÍA NUMÉRICA	Filéticas	Fenéticas
SEGÚN EL PRODUCTO FINAL	Nomotéticas Clásicas	Politéticas Prototípicas
SEGÚN EL PROCESO COGNITIVO EMPLEADO	Empíricas	Inferenciales

Las clasificaciones DSM y CIE son prototípicas y politéticas

MODELOS DE CLASIFICACIÓN

Vertical vs. horizontal vs. circular	Categorial vs. dimensional
--------------------------------------	----------------------------

CLASIFICACIONES MULTIAXIALES INTERNACIONALES

EJE	DSM-IV-TR	DSM 5 (no multiaxial)	CIE-10
I	Trastornos clínicos	Trastornos mentales, trastornos de la personalidad, retraso mental y enfermedades médicas	Eje clínico: trastornos somáticos, trastornos psiquiátricos y trastornos de la personalidad
II	T. de personalidad, retraso mental Mecanismos de defensa y rasgos desadaptativos de personalidad	Afectación del funcionamiento mediante de WHODAS 2.0	Discapacitación
III	Enfermedades médicas	Otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica	Factores ambientales y del estilo de vida
IV	Problemas psicosociales y ambientales		
V	Evaluación de la actividad global (EEAG)		

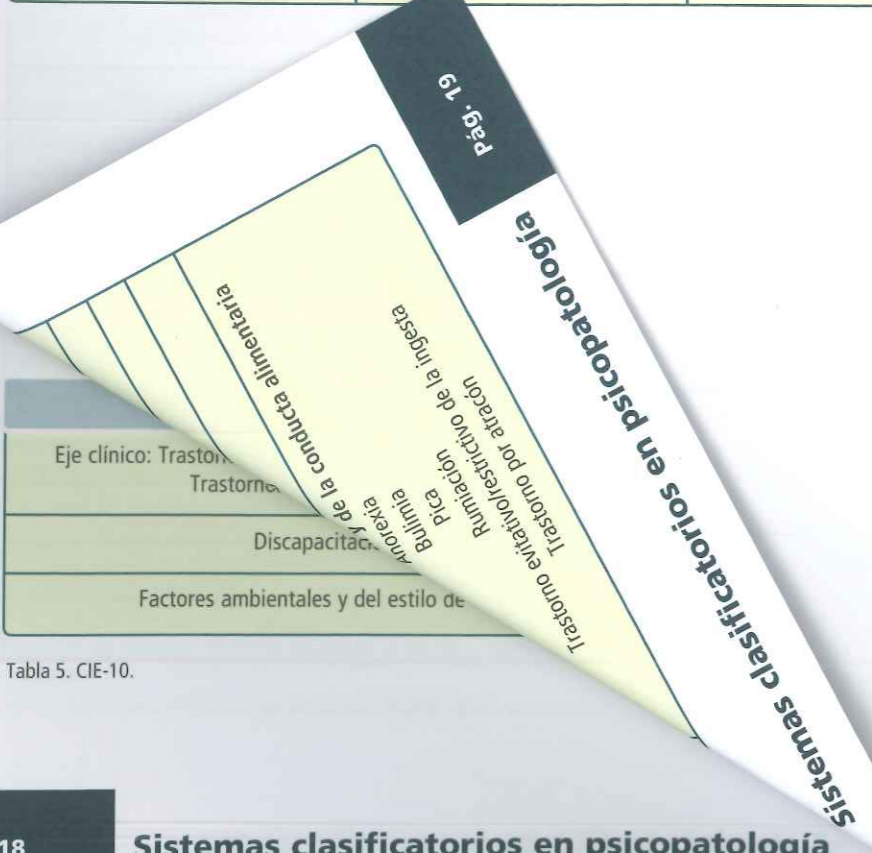


Tabla 5. CIE-10.

TEMA 3 PSICOPATOLOGÍA DE LA CONCIENCIA

3.1. Introducción

Definición

Capacidad del organismo para conocer las propias experiencias y las de nuestro alrededor, junto a la posibilidad de darse cuenta de la realidad tanto interior como exterior.

Componentes de la conciencia

- **Sensorial** (o de atención perceptiva): Es medido como nivel de cognición o intensidad cognitiva.
- **Motor**: Es el nivel de conación o intensidad conativa, es decir, el grado de disposición para iniciar y ejecutar un acto cenestésico voluntario. En este punto es importante señalar que el paciente que presenta alteraciones en la conciencia puede adoptar conductas muy variadas, desde la agitación extrema hasta la inmovilidad propia del estado de coma.

División clásica de las alteraciones de conciencia

- **Cuantitativas**: Cuando implican alteración del nivel de conciencia (eje vertical).
- **Cualitativas**: También llamados "estados de perplejidad"; afectan a la organización mental.

3.2. Psicopatología de la conciencia

División actual de las alteraciones de conciencia

- Trastornos deficitarios de la conciencia.
- Trastornos productivos de la conciencia.
- Trastornos del estrechamiento del campo de conciencia.
- Alteraciones positivas de la conciencia.

Trastornos deficitarios de la conciencia

Definición: son alteraciones cuantitativas de la conciencia que implican la incapacidad del sujeto para responder a la estimulación sensorial, para orientarse apropiadamente en tiempo y espacio y/o para despertarse de su sueño.

Aparecen principalmente en cuadros cerebrales.

Para evaluar el nivel de conciencia de los sujetos que han padecido un traumatismo craneoencefálico (TCE) se suele utilizar la **escala de coma de Glasgow**. Es una escala neurológica que evalúa tres parámetros: respuesta ocular (de ninguna a espontánea), verbal (de ninguna a palabra orientada) y motora (de ninguna a obedece órdenes). El resultado es la suma de las tres, siendo el valor más bajo que puede obtenerse 3 (1+1+1) y el más alto 15 (4+5+6). Su interpretación es la siguiente:

- 13-15: TCE leve.
- 9-12: TCE moderado.
- 3-8: TCE grave.

Tipos (en un continuo): la letargia, la obnubilación, el estupor y el coma. En todos ellos se da un descenso homogéneo del nivel de conciencia (eje vertical).

Letargia, somnolencia o sopor

- **Definición**: Dificultad para mantener la alerta y la atención, a pesar del esfuerzo sostenido por el sujeto.
- **Apariencia del sujeto**: El nivel de alerta fluctúa ante la estimulación verbal o física, siendo fácil el cambio de estado, por lo que representa el estadio menos severo de deterioro del nivel de conciencia, en un continuo que va desde el máximo grado de alerta al coma.
- Este estado no es necesariamente patológico, pero debe distinguirse de la sensación subjetiva de sueño o la dificultad para despertar (PIR).

Obnubilación

- **Definición**: Alteración más profunda en la que es difícil extraer al individuo de ese estado, y cuando se logra, éste se muestra confuso y desorientado.
- **Apariencia del sujeto**: Suele permanecer distraído, confundido, dándose distorsiones perceptivas (tanto auditivas como visuales), junto con alteraciones de todas las funciones intelectuales, que se encuentran enlentecidas. También es habitual que se alternen síntomas de irritabilidad y excitación con somnolencia (PIR94, 188).

Estupor

- **Definición**: Estado en el que el sujeto permanece ajeno o distante del entorno, no reacciona, permanece inmóvil e incluso mutista (PIR99, 212; PIR08, 65; PIR09, 51; PIR10, 40). Para alcanzar un ligero estado de alerta es necesaria una potente estimulación. El estupor, en términos neurológicos, es el antecedente inmediato al coma.
- **Apariencia del sujeto**: El paciente permanece inmóvil (suspensión extrema de movimientos voluntarios y de mímica), y si habla el discurso es incoherente e inteligible (PIR96, 106).

Tipos de estupor:

- **Estupor psiquiátrico**: Se produce una reducción de la actividad motora y mutismo, si bien es frecuente la presencia de parpadeo continuo y el oposicionismo activo de los párpados. El EEG es normal, y el nivel de alerta, la reactividad sensorial, así como los reflejos, están conservados. Se da principalmente en cuadros psiquiátricos como la depresión endógena (o melancolía), la esquizofrenia catatónica, y la histeria (PIR04, 189) y otros relacionados (p. ej., el síndrome pararréspuestas de Ganser, (PIR)). Este cuadro psiquiátrico cede con barbitúricos.
- **Estupor orgánico**: También cursa con mutismo y la acinesia; pero la presencia de cambios bruscos en la movilidad y el seguimiento de la mirada se relacionan más con este tipo de estupor. Aparece en lesiones cerebrales.

Coma y muerte cerebral

- **Definición**: Estado de ausencia de conciencia (PIR99, 214).
- **Apariencia del sujeto**: El cerebro deja de responder a la estimulación, desaparecen los reflejos oculares y el EEG está isoeléctrico o plano durante

treinta minutos. Además de aparecer apnea y dilatación de las pupilas. Un signo de recuperación se da cuando en el EEG aparecen patrones de sueño-vigilia.

- **Coma vigil (o situación parasomnica de la conciencia):** Es un estado parecido al coma, en el que el individuo está despierto (PIR95, 26).

Trastornos productivos de la conciencia

Definición: anomalías de la conciencia que originan o dan lugar a la aparición de estructuras alucinatorias y de contenidos que no se corresponden con la realidad.

Tipos: alteraciones globales y alteraciones circunscritas.

Alteraciones globales

- **Definición:** Alteraciones productivas de la conciencia que abarcan todo el campo de la conciencia.
- **Características:**
 - Siempre tienen un carácter patológico.
 - Inicio súbito.
 - Corta duración, con posibilidad de retorno al estado previo de normalidad.
 - Repercusión global en el funcionamiento.
 - No confundir con la presencia de un cuadro delirante.

- **Tipos:**
 - **Onirismo o delirio del sueño.**
 - **Apariencia del sujeto:** Conducta automática con presencia de fenómenos parecidos a los sueños y actividad alucinatoria principalmente visual y de características escenográficas (escenas dramáticas y fantásticas) (PIR94, 189). Normalmente comienzan con una alteración del sueño que se altera por la presencia de pesadillas.
 - **Estadio asténico-apático.**
 - **Apariencia del sujeto:** Fatigabilidad-astenia-apatía, labilidad afectiva, irritabilidad, fluctuaciones de la atención, concentración y memoria, sensibilidad a la luz y el sonido e insomnio.
 - **Aparece en:** Ancianos como pródromo de cuadros orgánico-cerebrales o tóxico-confusionales o como pródromo de cuadros de delirium.
 - **Estadio confusional.**
 - **Apariencia del sujeto:** Pérdida de coherencia (apraxia ideacional), alteraciones de memoria, jerga ocupacional, disgrafía, desinhibición y amnesia de lo ocurrido durante el estado confusional.
 - Suele representar el paso desde el estadio asténico-apático hasta el delirium.
 - **Delirium.**
 - **Definición:** Una total desintegración de la conciencia en la que se da una fragmentación del pensamiento conceptual, alteraciones perceptivas (alucinaciones visuales (PIR94, 174)), delirios caóticos, alteraciones mnésicas y agitación psicomotriz (PIR95, 28; PIR98, 127).
 - **Características (PIR05, 117):**
 - Aparece de forma brusca tras una duración variable de los estadios anteriores.
 - Suele durar entre una y dos semanas.
 - Compromete la vida del sujeto.
 - Predominio en varones.
 - **Aparece en:** Etiología orgánica provocada por multitud de enfermeda-

des y por los efectos de diversas drogas, tanto en la intoxicación como en la abstinencia (p. ej., delirium tremens que puede aparecer en la abstinencia alcohólica) (PIR03, 144).

- Muy importante diferenciarlo de las demencias, en las que esto puede ocurrir, pero la conciencia permanece conservada (PIR96, 104; PIR01, 94).



Figura 1. Anciano confuso.

Alteraciones circunscritas

- **Definición:** Alteraciones de alguna propiedad concreta de la conciencia; son poco frecuentes y suelen darse asociadas a otros síntomas de enfermedades psiquiátricas o neurológicas.
- **Tipos:**
 - **Despersonalización y desrealización.**
 - **Despersonalización (definición):** Vivencia de extrañeza o de cambio del Yo, en la que el sujeto se percibe como si no fuera real, caracterizada por pérdida de espontaneidad de los actos, del pensamiento y de los sentimientos, así como vivencia de conducta automática (PIR04, 190; PIR08, 12; PIR09, 34; PIR15, 151). Implica características diferenciales entre los neuróticos (lo relacionan con sus temores) y los psicóticos y orgánicos (que no lo identifican, sino que actúan automáticamente bajo un estado de perplejidad).
 - **Desrealización (definición):** Vivencia de cambio del ambiente externo. Frecuente en los estados disociativos.
 - **Alteraciones de la conciencia corporal.** Se deben normalmente a alteraciones cerebrales.
 - **Anosognosia.**
 - **Definición:** Indiferencia que muestra el sujeto hacia la zona del cuerpo lesionada (PIR94, 190).
 - **Aparece en:** Pacientes hemipléjicos que ignoran la parte del cuerpo contralateral a la lesión cortical.
 - Hay también negación de la enfermedad.
 - Se asocia con lesiones parietales.
 - **Variante:** Autopagnosia (anomalía en el reconocimiento y localización de partes del cuerpo) (PIR).
 - Existen tres síndromes en los que aparece esta alteración:
 - **Síndrome de Charcot-Wilbrand:** Agnosia visual y pérdida de la visualización de imágenes.
 - **Síndrome de Anton:** Ciego que confabula afirmando ver objetos.

- **Síndrome de Gertsman:** Acalculia, agnosia digital, agrafia, y desorientación derecha-izquierda (PIR93, 172).
- **Asterognosia.**
 - **Definición:** Incapacidad para reconocer los objetos por el tacto (sí con la ayuda de otros sentidos).
 - Se da en lesiones del cuerpo caloso y en las situaciones de separación de ambos hemisferios.
- **Prosopagnosia.**
 - **Definición:** Incapacidad para el reconocimiento de caras familiares (PIR95, 15; PIR96, 108; PIR 15, 160).
 - Se relaciona con: Lesiones bilaterales del sistema visual central de la región occipito-temporal-medial.
 - **Variantes:** Afectiva, ilusiones fisiognómicas y fenómenos del espejo.
- **Miembro fantasma.**
 - **Definición:** Percepción de un miembro amputado, normalmente asociado a dolor intenso (dolor fantasma) (PIR98, 109; PIR07, 67).
 - El fenómeno guarda más relación con la representación en el córtex (homúnculo de Penfield), que con la imagen real del miembro.
 - No se ha descrito que se experimente este fenómeno con miembros ausentes de forma congénita.

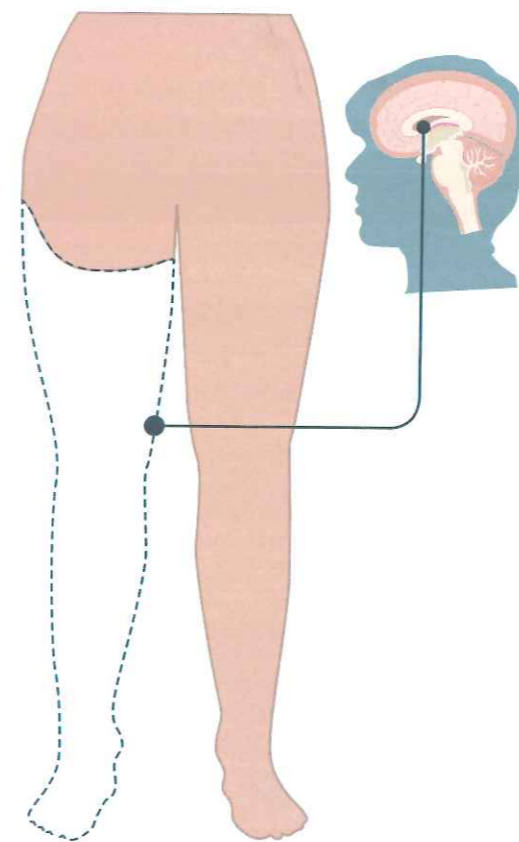


Figura 2. Miembro fantasma.

Trastornos del estrechamiento del campo de la conciencia

Definición: ruptura de la continuidad del flujo normal de ideas, pensamientos, percepciones, etc., junto con un comportamiento en apariencia normal. Suponen una disociación entre lo cognitivo-perceptivo y lo conductual, apareciendo la conducta como automática (PIR99, 211).

- Características:**
- Disminución del nivel de alerta o atención.
 - Desorientación alopsíquica (con o sin falsa orientación).
 - Automatismos conductuales.
 - Reactividad a los estímulos parcialmente conservada.
 - Amnesia del episodio.
 - Ausencia de delirium.

Tipos: estados crepusculares, disociación hipnótica e identidad múltiple o personalidad doble (múltiple).

Estados crepusculares

- **Características (PIR95, 27):**
 - Inicio y fin brusco.
 - Duración variable: horas o días.
 - Intensidad variable: la alteración de la conciencia en este trastorno es heterogénea.
 - Amnesia tras el episodio.
- **Aparecen en:** Epilepsias y en trastornos orgánicos, también en trastornos histéricos.
- **Apariencia del sujeto:** Confuso, perseverativo, lento, perplejo, desorientado. Puede parecer funcionar con normalidad debido a la presencia de automatismos, y un enfoque atencional hacia vivencias interiores (PIR15, 161).

- **Síntomas característicos (PIR96, 105):**
 - **Automatismos:**
 - **Definición:** Actividad motora involuntaria, aunque relativamente coordinada, bajo una disminución de la conciencia.
 - Su contenido suele ser la actividad que el sujeto tenía antes del episodio (y no una conducta extraña e incomprensible como aparece en los automatismos de la esquizofrenia o la histeria).
 - Ejemplos: Masticatorios, faciales o mímicos, gestuales, ambulatorios y verbales.
 - **Impulsiones:**
 - **Definición:** Son comportamientos impulsivos que carecen de base cognitiva.
 - Son el componente central de la fuga debida a un episodio crepuscular ictal, en el que el sujeto deambula durante horas sin rumbo fijo.
 - **Perseveración:** Repetición automática y frecuente de representaciones verbales y motoras, introducidas por el sujeto como material de relleno cuando se dan déficit de evocación.

Disociación hipnótica

- **Definición:** Restricción de la conciencia cuyo elemento central es la sugestión.

- Características:**
- El sujeto no planifica actividades, se convierte en pasivo.
 - Puede centrar y enfocar la atención de acuerdo a las instrucciones del hipnotizador.
 - Acepta las distorsiones de la realidad sugeridas.
 - Amnesia para el estado hipnótico.

Personalidad o identidad doble o múltiple

El DSM-IV-TR lo clasifica como **Trastorno de la identidad disociativa**.

- Definición:**
Presencia de dos o más personalidades, las cuales se alternan en el control de la conducta, con amnesia localizada.
- Aparece en:**
Reacciones emocionales caracterológicas (secundarias a acontecimientos traumáticos) o de situaciones de simulación.

Alteraciones positivas de la conciencia: hipervigilancia

Definición: elevación patológica del nivel de conciencia como resultado de la excitación de los sistemas neurobiológicos que controlan la atención y la alerta.

- Características:**
- Sensación subjetiva de claridad mental.
 - Aumento de actividad motora (y a menudo también verbal), pero no necesariamente se ve acompañado de un mejor rendimiento (elevada distraibilidad).
 - Hiperfrenia:
Cuando el grado de vigilancia es máximo.

Aparece en: estados maníacos, algunas formas de esquizofrenia e intoxicación por alucinógenos y drogas noradrenérgicas.

Resumen de los puntos principales	
PSICOPATOLOGÍA DE LA CONCIENCIA	
CLASIFICACIÓN	SUBTIPOS
Trastornos deficitarios de la conciencia	Letargia, somnolencia o sopor Obnubilación Estupor Coma y muerte cerebral
Trastornos productivos de la conciencia	Alteraciones globales: Onirismo Estadio asténico-apático Estadio confusional Delirium Alteraciones circunscritas: Despersonalización y desrealización Alteraciones de la conciencia corporal: anosognosia asterognosia prosopagnosia miembro fantasma
Trastornos del estrechamiento del campo de la conciencia	Estados crepusculares Disociación hipnótica Personalidad doble o múltiple
Alteraciones positivas	Hipervigilancia

TEMA 4 PSICOPATOLOGÍA DE LA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

4.1. Introducción

Atención (definición)

La capacidad de seleccionar la información sensorial en un momento determinado y de dirigir los procesos mentales.

Conceptos clave

- **Alerta:**
Respuesta fisiológica a la entrada de estímulos y receptividad aumentada a dichos estímulos.
- **Atención:**
Mecanismo selectivo en función de la categorización de los estímulos y que modifica el proceso de alerta.
- **Activación:**
Preparación cognitiva para la acción, cuya presencia es condición necesaria para los anteriores.
- **Orientación alopsíquica:**
En tiempo y espacio.
- **Orientación autopsíquica:**
Respecto a la propia identidad.

4.2. Atención como proceso cognitivo

Desde planteamientos cognitivos el objeto de estudio es el funcionamiento de los procesos de conocimientos anormales, tanto en situaciones naturales como artificiales.

Clasificación de Reed (1988)

- Atención como concentración.
- Atención como selección.
- Atención como activación.
- Atención como vigilancia.
- Atención como expectativas o set atencional.

Atención como concentración

Definición

Capacidad para fijar la atención sobre los estímulos, objetos o situaciones.

Alteraciones de la atención como concentración (no patológicas)

- **Ausencia mental:**
Gran concentración sobre alguna cuestión concreta, lo que conlleva a "desatender" al resto de los estímulos presentes, excepto aquellos muy mecánicos o habituales (PIR93, 149; PIR99, 209; PIR01, 62; PIR03, 108; PIR10, 52). Es un fenómeno de umbral (PIR97, 93).
- **Laguna temporal:**
El paciente no puede recordar nada respecto a este periodo, aunque en dicho periodo estaba realizando alguna tarea o actividad (PIR96, 120; PIR03, 119). No es lo mismo que la amnesia, ya que en el periodo de laguna temporal no ha ocurrido nada que merezca la pena ser recordado y el sujeto no ha registrado los acontecimientos (internos o externos) que sirven para darnos cuenta del paso del tiempo. Si cambia la situación y es necesario prestar atención, este estado se desvanece (PIR01, 256).

Atención como selección

Definición

Capacidad de la atención para discriminar los estímulos relevantes de los no relevantes (capacidad limitada de la atención).

Fenómeno de "afinar en" (Reed)

Habilidad para persistir en una fuente de información a pesar de que existan al mismo tiempo muchas otras que compiten por atraer la atención (PIR04, 186; PIR09, 66).

Aparece en

Cuadros maníacos, estados crepusculares, trastornos de ansiedad y esquizofrenia, siendo en este último trastorno donde más se han estudiado estas alteraciones.

Atención como activación

Definición

Focalización atencional y su nivel de intensidad, y está íntimamente relacionado con el nivel de activación o estrés del sujeto.

Curva de Yerkes y Dodson

- La activación mantiene una relación compleja con la capacidad atencional en forma de "U" invertida.
- Esto significa que los recursos atencionales aumentan según aumenta la activación hasta cierto punto que tal relación se invierte, ya que si continúa incrementándose la activación la capacidad atencional del sujeto va disminuyendo.

Fenómeno de visión de túnel

Toda la atención se centra en el peligro percibido, por lo que se produce un estrechamiento selectivo del foco atencional.

Atención como vigilancia

Definición

Alta receptividad o hipersensibilidad hacia los estímulos ambientales. Actualmente, el término se utiliza para indicar un tipo de dedicación atencional definido por la propia tarea; tiene que ver con la productividad ante la misma, con el desempeño del sujeto.

Estudios sobre tareas de vigilancia (aquellas de larga duración en las que el sujeto debe detectar y/o identificar un estímulo que se presenta de forma poco frecuente).

Se han centrado en dos aspectos:

- **Nivel general de vigilancia:**
Afectado por factores como el nivel de activación tónica (ritmos circadianos).
- **Decremento de la vigilancia durante una tarea:**
También modulado por distintos factores como la activación tónica, la personalidad, y las características propias de la tarea (incentivos y probabilidades de aparición, por ejemplo).

Manifestaciones de la hipervigilancia (Eysenck, 1992)

Asociada a la Teoría de la Vulnerabilidad Cognitiva en el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

- **Hipervigilancia general:**
Tendencia a atender a estímulos irrelevantes para la tarea (implica distraibilidad) (PIR98, 107; PIR07, 73).
- **Tasa de escudriñamiento ambiental:**
Mediante movimientos oculares rápidos que abarcan todo el campo visual.
- **Hipervigilancia específica:**
Tendencia a prestar atención selectivamente a los estímulos relacionados con la amenaza.
- **Ensanchamiento de la atención:**
Previa a la detección de un estímulo de alta saliencia.
- **Estrechamiento de la atención:**
Al procesar el estímulo saliente.

Atención como expectativas, "set" o anticipación

Definición

En función de su experiencia previa y su conocimiento, el sujeto es capaz de anticipar o prepararse a ciertos resultados, así como adoptar sesgos en el procesamiento de la información.

Efectos de la atención como expectativas

- Positivos:
Mayor rapidez y eficacia al consumir menos recursos cognitivos.
- Negativos:
Decremento en el rendimiento y aumento de errores cuando no se cumplen las expectativas.

Teoría de Set Segmental o Disposición Fragmentada para la Respuesta (Shakow, 1962)

- Los pacientes con esquizofrenia (PIR01, 96; PIR03, 125; PIR08, 26; PIR09, 65) no sacan provecho de las señales preparatorias en tareas que implicaban recursos cognitivos: No mantienen la predisposición hacia una respuesta rápida y correcta hacia un estímulo cuya aparición se señala previamente.
- Resultados obtenidos en experimentos de tiempo de reacción (TR):
 - Se observa un rendimiento más lento y sin beneficio de los intervalos preparatorios (IP, entre señal de aviso y el estímulo real) en sujetos con esquizofrenia.
 - El TR de los sujetos normales mejoraba si conocían que el IP era regular.
 - Cuando el IP era regular, los sujetos con esquizofrenia no mejoraban su ejecución a no ser que el IP fuera inferior a 6 segundos. Si el IP era mayor su ejecución era significativamente peor que en la serie con IP irregular, lo que fue denominado "efecto de entrecruzamiento" (mejor ejecución con IP irregulares que regulares largos).
- Conclusiones:
 - Los sujetos normales poseen una preparación o disposición general ("set general") con la que pueden dar una respuesta específica, apropiada y adaptativa.
 - Los sujetos con esquizofrenia poseen una disposición fragmentada ("set segmental") en la cual el ajuste previo se dirige a aspectos parciales produciendo una mayor inconsistencia de respuesta, fallan en mantener su estado de anticipación y en liberarse de lo irrelevante.

4.3. Psicopatología clásica de la atención

Clasificación clásica

- **Aprosexias:**
Reducción máxima de la capacidad atencional o abolición prácticamente completa de la misma.
- **Hipoprosexias:**
Disminución de la capacidad atencional.
- **Pseudoprosexias:**
Paraprosexias.
- **Hiperprosexias:**
Aumento patológico de la capacidad atencional (no implica mejora del rendimiento, aparición de distraibilidad).

Clasificación funcional

- **Falta de atención y trastorno de la concentración:**
Incapacidad o disminución de la capacidad para enfocar, concentrarse y orientarse hacia un determinado objeto. Conlleva intensa distraibilidad y falta de capacidad para concentrarse.
- **Estrechamiento de la atención:**
La concentración se dirige sobre unas pocas cosas. Aparece frecuentemente en cuadros paranoides.
- **Oscilaciones de la atención y la concentración:**
Implican alteraciones en la duración de la atención.

Aprosexias

Definición

Disminución máxima de la capacidad atencional, grado más intenso de distraibilidad. Ésta se mantiene fijada en determinados contenidos o vivencias donde resulta imposible movilizarla (PIR93, 162; PIR94, 191; PIR01, 61; PIR02, 133; PIR03, 107).

Aparece en

Algunas agitaciones y cuadros de estupor.

Hipoprosexias

Definición

Disminución de la capacidad atencional. En función del grado de disminución de la atención, hablamos de:

Distraibilidad

- **Definición:**
Inestabilidad de la atención. Aparición de cambios bruscos del foco atencional.
- **Apariencia del sujeto:**
Incapaz de mantenerse ajeno a estímulos externos cuando está implicado en una determinada tarea. También puede observarse inquietud, hiperkinesia o agitación a nivel motor.
- **Etiología (PIR95, 16):**
 - Orgánica:
En estados crepusculares e intoxicación por sustancias.
 - Psiquiátrica:
TDAH y cuadros maníacos (PIR94, 192).

Labilidad atenta emocional

Inconstancia atencional y variaciones en su rendimiento debido a la influencia de niveles elevados de ansiedad.

Inhibición de la atención o inatención

- **Definición:**
Incapacidad del sujeto para movilizar la atención.
- **Apariencia del sujeto:**
Ensimismado y sin interés por los cambios visuales o auditivos que ocurren en su alrededor.
- **Etiología:**
 - Orgánica:
Acompañada de desorientación y otras alteraciones cognitivas.
 - Psiquiátrica:
Cuadros de inhibición motora de la melancolía y la esquizofrenia.

Negligencia de la atención

- **Síndrome de negligencia:**
Se da en lesiones focales (PIR97, 82) del hemisferio no dominante; se compone de:
 - Acinesia.
 - Negligencia hemiespacial.
 - Inatención unilateral: implica ignorar la mitad del espacio extrapersonal e incapacidad de síntesis de los datos sensoriales.
- **Síndrome de heminegligencia espacial izquierda (PIR98, 103).**
 - **Definición:**
Falta de atención a estímulos presentes en el lado contralateral a la lesión cortical. Supone una alteración en la representación interna del espacio. Estos pacientes no atienden a los estímulos presentados en la mitad izquierda del campo visual.
 - **Etiología:**
Lesiones parietales del hemisferio derecho.
 - **Componentes del cuadro:**
 - **Hemi-inatención:**
Incapacidad para responder o informar de estímulos que se presentan contralateralmente a la lesión.
 - **Alaquestesia:**
Capacidad para identificar un estímulo aunque lo localicen mal.
 - **Extinción:**
Cuando el paciente va mejorando el defecto en la detección de estímulos contralaterales solo ocurre cuando se les somete a estimulación bilateral (es más frecuente en las modalidades visual y táctil).
 - **Hemiacinesia:**
Dificultad o incapacidad para el inicio de la acción dirigida hacia el espacio contralateral a la lesión (sin que exista un defecto motor que lo explique). Disminuye cuando utiliza ambas extremidades de forma simultánea.
 - **Negligencia hemiespacial o neglect:**
Se manifiesta cuando el sujeto copia o dibuja una figura ya que puede que omita la mitad de la misma contralateral a la lesión. Puede verse tanto en sus dibujos como al leer, escribir y/o respecto al espacio personal.

Fatigabilidad de la atención

- **Definición:**
Agotamiento fácil de la atención.
- **Aparece:**
Secundariamente a factores de compromiso cerebral, como la neurastenia postraumática y determinadas fases de algunos tumores cerebrales o procesos demenciales.

Apatía

- **Definición:**
Dificultad para mantener la atención sobre los estímulos.
- **Aparece en:**
Estados asténico-apáticos, fatiga extrema, necesidad de sueño, estados de desnutrición o sobredosis de psicofármacos, procesos degenerativos difusos (corticales o subcorticales)...

Perplejidad de la atención

- **Alteración cualitativa de la atención.**
- **Definición:**
Incapacidad para sintetizar el contenido de lo atendido, el paciente no logra comprender sus acciones y las circunstancias que le rodean (PIR97, 174).

Pseudoaprosexias, paraprosexias e hiperprosexias

Pseudoaprosexias

- **Definición:**
Falta de atención o aprosexia cuando en realidad la capacidad atenta se halla conservada.
- Se observa en la simulación, en particular en el **síndrome de Ganser** (presencia de comportamientos impresionantes y respuestas insensatas, como calculados para impresionar a los demás), y en comportamientos histéricos.

Paraprosexias

- **Definición:**
Situaciones en las que la atención toma una dirección anómala como en la hipocondría (en la que el paciente es incapaz de desviar la atención de su posible enfermedad).

Hiperprosexias

- **Definición:**
Focalizaciones excesivas y transitorias de la atención que suceden en el transcurso de alteraciones de la conciencia caracterizados por hiperlucidez o sensación de claridad mental y vigilancia extrema.
- La atención está inestable y el rendimiento disminuye considerablemente, ya que se producen cambios continuos en la focalización atencional (distraibilidad) (PIR96, 121; PIR99, 213; PIR 15, 162).
- **Aparece en:**
Cuadros maníacos (PIR98, 102).

4.4. Psicopatología de la orientación

El hipocampo es la estructura cerebral más asociada con la consolidación de las imágenes topográficas del exterior.

Tipos de alteraciones de la orientación (Berrios)

- Desorientación orgánica:

- **Definición:**
Desorientación masiva en tiempo y espacio.
- **Apariencia del sujeto:**
No sabe dónde está ni el momento que es, y suele estar amnésico.
- Si se asocia a desorientación autopsíquica podemos encontrarnos ante un cuadro confusional grave.
- **Etiología:**
Orgánica.

- **Doble orientación**, orientación errónea delirante o contabilidad doble:
El sujeto se orienta simultánea o alternativamente con parámetros normales y anormales.
- **Falsa orientación** u orientación confabulada:
El sujeto se orienta con parámetros patológicos y parece ignorar los parámetros temporo-espaciales reales.

4.5. Alteraciones atencionales en trastornos mentales

Aunque las alteraciones atencionales nunca se han tenido en cuenta como signo importante para el diagnóstico de los trastornos mentales, es relevante conocer cómo éstas se manifiestan en algunos trastornos.

TRASTORNOS	ALTERACIONES ATENCIONALES
Esquizofrenia	Se han encontrado anomalías atencionales de manera sistemática y en multitud de estudios en esta patología (como el "set segmental"), pero no existe una explicación concluyente. Parece que presentan un déficit en vigilancia y atención sostenida (PIR98, 124), así como en atención selectiva (PIR03, 109).
Depresión	Los pacientes presentan quejas frecuentes de falta de atención y problemas cognitivos.
Ansiedad	Sesgo preatencional hacia el procesamiento de estímulos amenazantes frente a los neutros (PIR99, 210). Mayor demanda de recursos cognitivos. Mayor selectividad atencional de forma automática y preatencional hacia palabras con carga emocional amenazante.

Tabla 1. Alteraciones atencionales en trastornos mentales.

Resumen de los puntos principales

PSICOPATOLOGÍA COGNITIVA DE LA ATENCIÓN (Reed, 1988)

Atención como concentración	Ausencia mental Laguna temporal
Atención como selección	"Afinar en"
Atención como activación	"U" invertida (Tª Yerkes y Dodson) "Visión en túnel"
Atención como vigilancia	Hipervigilancia (Eysenck)
Atención como expectativas / anticipación	"Set general" vs. "Set segmental" (esquizofrenia)

PSICOPATOLOGÍA DE LA ATENCIÓN

Aprosexias Hipoprosexias	Distraibilidad Labilidad atencional emocional Inhibición de la atención o inatención Negligencia Fatigabilidad Apatía Perplejidad
Pseudoaprosexias Paraprosexias Hipoprosexias	

PSICOPATOLOGÍA DE LA ORIENTACIÓN

Desorientación orgánica Doble orientación (orientación errónea delirante o contabilidad doble) Falsa orientación (orientación confabulada)
--

TEMA 5 PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSOPERCEPCIÓN

5.1. Introducción

Sensación (definición)

Estimulación de los órganos sensoriales.

Percepción (definición de Neisser)

Proceso constructivo (activo) a partir del cual se interpretan los datos sensoriales.

La percepción es un **fenómeno complejo**, en el que intervienen las características del estímulo presentado, las predisposiciones individuales del sujeto receptor y el contexto en el que se encuentra. No depende solo de las características del estímulo.

Perspectivas de estudio de las imágenes mentales

- Dualismo:

Se defiende la existencia de un código representacional específico para el procesamiento de las imágenes mentales y otro para el procesamiento en términos de proposiciones.

- Teorías reduccionistas:

Se plantea la existencia de un único formato para las representaciones mentales que se dan tanto en las palabras como en las imágenes, y cuya naturaleza sería proposicional, abstracta y uniforme.

Clasificación clásica de los trastornos senso-perceptivos

- Distorsiones perceptivas o sensoriales.
- Engaños perceptivos.

5.2. Distorsiones perceptivas o sensoriales

Introducción

Definición

Percepción distorsionada de un estímulo existente. Se producen cuando el estímulo ("fuera" del sujeto (PIR02, 134)) se percibe de forma distinta a la esperada teniendo en cuenta sus características formales, o si se percibe de manera distinta a la habitual, siempre contando con la existencia real y accesible del estímulo a nuestros sentidos. La anomalía no se encuentra en los sentidos, sino en la integración del mismo en la percepción.

Clasificación de las distorsiones perceptivas

- Hiper/hipoestesias:
Afectan a la percepción de la intensidad del estímulo.
- Metamorfopias:
Afectan a la percepción del tamaño y la forma del estímulo (PIR94, 179).
- Anomalías en la percepción de la cualidad del estímulo.
- Anomalías en la integración perceptiva.
- Ilusiones.

CUALIDAD AFECTADA	DISTORSIONES PERCEPTIVAS	SUBTIPOS O CASOS
Intensidad	Hiperestesias Hipoestesias	Hiper/hipoalgesia
Tamaño y/o forma	Metamorfopias	Dismegalopsias Dismorfopias Autometa- morfopias
Cualidad global	Anomalías en la percepción de la cualidad	
Integración de cualidades	Distorsiones en la integración perceptiva	Escisión perceptiva (morfolisis, metacromía) Aglutinación (ej. especial: sinestesia)
Estructuración de EE ambiguos	Ilusiones	Sentido de presencia Pareidolia

Tabla 1. Distorsiones perceptivas o sensoriales.

Distorsiones en la percepción de la intensidad de los estímulos

Subtipos

- **Hiperestesias:**
Percepción excesiva de la intensidad del estímulo (PIR99, 216; PIR01, 77).
- **Hipoestesias:**
Percepción disminuida de la intensidad del estímulo.
- **Anestesia:**
Ausencia absoluta de percepción de intensidad estimular.

En el caso de la **percepción del dolor**, hablamos de: **hiperalgias, hipoalurias y analurias.**

Aparecen en

Alteraciones neurológicas, alteraciones transitorias de los sentidos (p. ej., bajo efecto de sustancias, se puede alterar la percepción de los colores) y en trastornos mentales (p. ej., analgesia en el trastorno conversivo, hiperacusias en los trastornos de ansiedad, hipoestesias gustativas en la depresión, etc.).

Distorsiones en la percepción del tamaño y forma de los estímulos: metamorfopias

Subtipos

- **Dismegalopsias:**
Distorsiones en la percepción visual del tamaño.
 - Macropsias o megalopsias:
A escala aumentada.
 - Micropsias:
A pequeña escala.

- Dismorfopsias:
Distorsiones en la percepción visual de la forma (PIR97, 86; PIR02, 148).

Autometamorfopsias: distorsiones en la percepción del tamaño y/o la forma del propio cuerpo.

Aparecen en
Alteraciones neurológicas y en contexto de consumo (p. ej., de mescalina (PIR01, 67)). Rara vez ocurren en trastornos mentales.

Distorsiones en la percepción de la cualidad

Definición
Alteraciones en la percepción de cualidades menores de los estímulos. Nitidez de las imágenes, cambios en el color de los objetos (p. ej., percibirlos opacos o sin color), cambios en la percepción gustativa (p. ej., que todo sepa amargo o con sabor a óxido) y olfativa (p. ej., olor a podrido) (PIR00, 35; PIR04, 230).

Aparece en
Alteraciones neurológicas, consumo de sustancias, uso de ciertos medicamentos y en trastornos mentales (p. ej., esquizofrenia o depresión).

Distorsiones en la integración perceptiva

Definición
Incapacidad para establecer los nexos existentes entre dos o más percepciones que proceden de modalidades sensoriales diferentes. El sujeto puede tener la sensación subjetiva de que las diferentes fuentes de estimulación sensorial compiten por su atención (PIR10, 53).

Son asociaciones o pérdidas de asociaciones entre sensaciones, no entre una percepción normal y otra alterada (eso sería una alucinación funcional o refleja).

Subtipos

- **Escisión perceptiva:**
El objeto percibido se descompone en elementos y el sujeto es incapaz de integrar las percepciones de las distintas modalidades sensoriales (PIR01, 257; PIR02, 128). Es una percepción desintegrada de los diversos elementos de un mismo estímulo. Tipos:
 - Morfólisis: Disociación de las formas.
 - Metacromía: Disociación entre forma y color (PIR99, 220; PIR04, 225).
- **Aglutinación perceptiva:**
Diferentes cualidades sensoriales se funden en una única percepción, siendo el sujeto incapaz de diferenciarlas.
 - **Sinestesia (PIR15, 165):**
Variante de la aglutinación perceptiva en la que se produce una asociación anormal de las percepciones, es decir, una de las percepciones se asocia a una imagen que pertenece a un órgano sensorial diferente (PIR97, 73). Es ejemplo de este fenómeno la "audición coloreada".

Distorsiones en la estructuración de estímulos ambiguos: ilusiones

Definición de ilusión
Percepción inadecuada de un estímulo concreto en el que la percepción final no se corresponde con las características objetivas del estímulo (PIR97, 90).

Son el resultado de la tendencia del sujeto (predisposición personal) a organizar en un todo significativo elementos más o menos aislados entre sí (falta de estructuración clara del estímulo): figuras reversibles, ilusiones de Müller-Lyer, ilusiones por contraste, etc.

Subtipos

- **Paraeidolia:**
El individuo da un significado a un estímulo con poca estructuración o ambiguo (p. ej., formas de las nubes) (PIR95, 20; PIR03, 104; PIR15, 164).
- **Sentido de presencia:**
El individuo tiene la sensación de no estar solo, a pesar de no darse en el ambiente la presencia de otras personas ni estímulos que puedan justificar esa sensación. Se produce en ciertas situaciones vitales como soledad o cansancio extremo, así como en estados de ansiedad, histeria, esquizofrenia o cuadros orgánicos.

Valor diagnóstico de las ilusiones (Hamilton)

- Asociación probable con otros síntomas.
- Indican un estado emocional elevado: Los estados emocionales ansiosos favorecen la percepción de ilusiones, hacen que se eleve el umbral perceptivo y el sujeto se encuentre aturdido.
- Alertan al clínico de la existencia de una base etiológica para la falta de claridad perceptiva.

5.3. Engaños perceptivos

Han recibido también el nombre de "percepciones falsas", "aberraciones perceptivas" o "errores perceptivos".

Definición

Experiencia perceptiva anómala que no se fundamenta sobre estímulos realmente existentes fuera del sujeto o que persisten cuando el estímulo que las originó ha desaparecido. Suelen coexistir con el resto de percepciones no alteradas.

Clasificación de los engaños perceptivos (PIR97, 87)
(Ver tabla 2 en la página siguiente)

Alucinaciones

Constituyen el trastorno más representativo de la psicopatología de la percepción y la imaginación, y es uno de los síntomas de la presencia de trastorno mental por excelencia, aunque en determinadas ocasiones pueden darse en sujetos mentalmente sanos bajo ciertas condiciones ambientales.

Según **Schneider**, la presencia de alucinaciones es un criterio de primer rango para el diagnóstico de esquizofrenia.

ENGAÑOS PERCEPTIVOS	SUBTIPOS O CASOS
Alucinaciones	
Variantes de la experiencia alucinatoria	Pseudoalucinaciones Alucinaciones funcionales Alucinaciones reflejas Autoscopia (PIR05, 102) Alucinaciones extracámpinas
Pseudopercepciones o imágenes anómalas	Imágenes hipnagógicas e hipnopómpicas Imágenes mnémicas Imágenes eidéticas Imágenes consecutivas Imágenes parásitas Imágenes alucinoides

Tabla 2. Clasificación de los engaños perceptivos.

Entre los factores implicados para la aparición de alucinaciones, **Slade y Bentall** señalan la que una estimulación escasa o poco estructurada y de baja intensidad aumenta la probabilidad de que aparezcan alucinaciones (PIR98, 108; PIR01, 72). Los estudios demuestran que, cuanto menor es la complejidad estimular a la que está sometido el sujeto, más claras y duraderas son las alucinaciones.

La ausencia de control por parte del individuo sobre sus alucinaciones, entendida como imposibilidad o gran dificultad para alterar la experiencia a voluntad propia, es una característica compartida por otras patologías mentales, como las imágenes parásitas, las hipnagógicas o las obsesivas, que se describen más adelante.



Figura 1. Alucinaciones.

Acercamiento conceptual a las alucinaciones

Esquirol (1832), primera definición de alucinación: quien afirmaba que el individuo que alucina daba realidad a imágenes que provenían de la memoria y sin que los sentidos intervinieran.

Posturas contemporáneas para la definición y comprensión de las alucinaciones.

1. **Horowitz (1975)**, desde el modelo del procesamiento de la información, explica las alucinaciones como anomalías que ocurren durante los tres procesos de conocimiento: codificación, evaluación y transformación. Sostiene que las alucinaciones son imágenes mentales que proceden de fuentes

internas de información, pero que el sujeto evalúa incorrectamente como procedentes del exterior, y además se suelen producir como intrusiones.

2. **Slade y Bentall (1988)**, también desde una perspectiva cognitiva, proponen la "definición de trabajo" para una conceptualización comprensiva de las alucinaciones; de este modo la alucinación es una experiencia parecida a la percepción que:
 - Ocurre en ausencia de un estímulo apropiado.
 - Tiene toda la fuerza e impacto de la correspondiente percepción real.
 - No es susceptible de ser controlada voluntariamente por quien la experimenta.

Tres posturas históricas para la definición y comprensión de las alucinaciones.

1. **Postura perceptualista:**
Alucinación como falsa percepción.
 - El origen de estas posturas lo encontramos en la definición de alucinación de **Ball (1980)** como una "percepción sin objeto".
 - EL DSM-III-R plantea las alucinaciones sobre esta base y las define como "percepción sensorial sin estímulo externo para el receptor correspondiente".
2. **Postura intelectualista:**
Alucinación como creencia de naturaleza cognitiva.
 - Ya que la alucinación supone la convicción íntima del sujeto frente a sus componentes sensoriales.
 - Supone un doble juicio intelectual: **Psicológico** (creencia de que se percibe algo) y de **realidad** (eso que se percibe es real).
3. **Postura mixta:**
Alucinación como una alteración tanto del pensamiento como de la percepción.
 - **Marchais (1970):**
Alucinación como percepción sin objeto que implica de la convicción del sujeto.

Clasificación global de las alucinaciones

(Ver tabla 3 en la página siguiente)

Clasificación de las alucinaciones según su modalidad sensorial (ver tabla 4 en la página siguiente)

- **Alucinaciones auditivas.**
Son las más frecuentes, sobre todo en la esquizofrenia (PIR95, 22).
Subtipos (Wernicke):
 - **Acoasmas:**
Alucinaciones auditivas simples como pitidos, cuchicheos, campanas, pasos, etc.
 - **Fonemas:**
Alucinaciones auditivas más estructuradas, que incluyen palabras con significado, voces, etc.
 - **Eco del pensamiento:**
El paciente escucha sus propios pensamientos expresados en voz alta a medida que los está pensando (PIR94, 1811; PIR95, 25; PIR05, 111). El eco de la lectura es parecido pero ocurre cuando el sujeto está leyendo (fue descrito por Baillarger).
 - **Alucinaciones imperativas:**
Designan las voces que expresan mandatos al sujeto. "Vis-tete". Aparecen en el trastorno depresivo mayor, en psicosis exógenas y en cuadros orgánicos.

SEGÚN SU COMPLEJIDAD	Cuanto menos compleja sea la alucinación es más probable que se deba a causas orgánicas y menos a trastornos mentales (PIR97, 91). Se distinguen: - Elementales: sencillas, indiferenciadas y difusas, como ruidos, zumbidos o resplandores. Constituyen la mayoría de las alucinaciones. - Complejas: se refieren a cosas concretas, como voces, música, personas, escenas, etc.
SEGÚN SU CONTENIDO	Normalmente relacionadas con los conflictos y necesidades del individuo. Suelen reflejar características culturales y/o religiosas. Situaciones vitales extremas predisponen a alucinar sobre contenidos concretos, por ejemplo reclusión. Se relaciona con el contenido de los delirios o de otras patologías. El 90% de los pacientes que presentan alucinaciones también tienen delirios, pero sólo el 35% de los que sufren delirios presentan alucinaciones.
SEGÚN LA MODALIDAD SENSORIAL	Las más frecuentes son la auditiva y la visual, pero también puede aparecer en el resto de modalidades. - Auditivas: normalmente en cuadros funcionales. - Visuales: normalmente aparecen en cuadros orgánicos. - Táctiles o hápticas. - Olfativas. - Gustativas. - Somáticas o cenestésicas. - Cinestésicas. - Mixtas o multimodales: cuando aparecen simultáneamente en varias modalidades.

Tabla 3. Clasificación global de las alucinaciones.

CLASE	SUBTIPO
Alucinaciones auditivas	- Acoasmas (simples) vs. fonemas (complejas): 1. Eco del pensamiento 2. Alucinaciones imperativas 3. Alucinaciones en segunda persona 4. Alucinaciones en tercera persona
Alucinaciones visuales	- Simples (fotopsias o fotomas) - Complejas: tamaño normal, liliputienses o gulliverianas, autoscopia o "imagen del espejo fantasma", autoscopia negativa
Alucinaciones olfativas	
Alucinaciones gustativas	
Alucinaciones tácticas	- Activas vs. pasivas 1. Térmicas 2. Hídricas 3. Parestesias 4. Formicación
Alucinaciones somáticas	
Alucinaciones cinestésicas	

Tabla 4. Clasificación de las alucinaciones según su modalidad sensorial.

- **Alucinaciones en segunda persona:**
Son típicas de la depresión. Hablan al sujeto en tú "no vales para nada", "eres repugnante", etc.
- **Alucinaciones en tercera persona:**
Típicas de la esquizofrenia. Hablan al sujeto desde él "no vale para nada", "es repugnante", etc. Suelen denominarse como voces comentadoras de la propia actividad (PIR04, 213).

Aparecen en:
Trastornos funcionales (depresión, esquizofrenia...) y alucinosis alcohólica (PIR94, 177).

- **Alucinaciones visuales.**
Subtipos:
 - **Fotopsias o fotomas:**
Las más elementales (destellos, llamas, puntos...) (PIR01, 107).
 - **Complejas:**
Figuras, escenas. Variantes:
 - **Liliputienses:**
A pequeña escala.
 - **Gulliverianas:**
A gran escala.
 - **Autoscopia, fenómeno del doble o imagen del espejo fantasma:**
El individuo se percibe a sí mismo como un doble reflejado en un cristal, con consistencia gelatinosa y transparente, pero con la certeza de que es él mismo (PIR97, 74; PIR10, 46).

Aparecen en:
Trastornos orgánicos agudos (PIR97, 88) como delirium tremens (PIR04, 153; PIR05, 118), epilepsia temporal o intoxicación por alucinógenos, siendo poco habituales en la esquizofrenia.

- **Alucinaciones en otras modalidades sensoriales.**
 - **Alucinaciones olfativas:**
Son poco frecuentes. Normalmente aparecen junto a alucinaciones gustativas. Aparecen en: depresión mayor, la esquizofrenia, y algunos cuadros orgánicos, como el aura de la epilepsia, o lesiones en el uncus del lóbulo temporal.
 - **Alucinaciones gustativas:**
Son poco frecuentes. Se suelen dar junto con alucinaciones olfativas. Aparecen en alcoholismo crónico, la histeria, epilepsia del lóbulo temporal (PIR09, 62), irritabilidad del bulbo olfatorio, tumor cerebral, cuadros maníacos, depresiones psicóticas, delirantes crónicos y en la esquizofrenia (asociadas a un delirio de envenenamiento).

Recuerda...

El 90% de los sujetos que presentan alucinaciones también presentan delirios; el 35% de los sujetos con delirios tiene también alucinaciones.

- **Alucinaciones táctiles o hápticas:**
Pueden sentirse en cualquier parte del cuerpo, y tomar la forma de pellizcos, toques, caricias, calambres, quemaduras, etc. (PIR96, 119; PIR99, 218).
Subtipos según experiencias subjetivas de participación:

- **Activas:**
El paciente siente que toca cosas inexistentes. Son poco frecuentes y se dan en delirios tóxicos como el delirium tremens.

- **Pasivas:**
El paciente siente que alguien o algo le causa esas sensaciones que pueden ir o no acompañadas de dolor.

Otros subtipos:
- **Térmicas:**
Calor-frío percibido de manera anormal y extrema.

- **Hídricas:**
Percepción de fluidos.

- **Parestesias:**
Sensación de hormigueo.

- **Formicación, delirios dermatozoicos, zoopáticos, o enterozoicos:**
Percepción de que hay insectos o pequeños animales por debajo o encima de la piel (PIR10, 51). Frecuente en estados orgánicos como en la psicosis cocaínica y el delirium tremens.

Aparecen con mayor frecuencia en la esquizofrenia.

- **Alucinaciones somáticas, corporales, viscerales o cenestésicas.**

Son percepciones particulares del interior del propio cuerpo, de todos los órganos o de las extremidades (p. ej., ver el corazón fuera del cuerpo; (PIR00, 40; PIR09, 48)). Se dan en la esquizofrenia junto con delirios bizarros.

- **Alucinaciones cinestésicas.**
Se refieren a la percepción de movimiento de ciertas partes del cuerpo que en realidad están inmóviles.

Aparecen en: trastornos neurológicos como en la enfermedad de Parkinson (p. ej., el paciente describe la sensación de estar temblando interiormente y de que sus piernas giran y se re-tuercen, pero al evaluarle constatamos que no se produce el más ligero movimiento (PIR04, 221; PIR09, 59)), en la retirada de benzodiazepinas y también en la esquizofrenia.

Variantes de la experiencia alucinatoria

Son tipos especiales de alucinaciones, que no pueden clasificarse según los criterios anteriores. Son:

- Pseudoalucinación.
- Alucinación funcional.
- Alucinación refleja.
- Alucinación negativa.
- Autoscopia o fenómeno del doble.
- Alucinaciones extracampinas.

Pseudoalucinaciones (alucinaciones pálidas de Griesinger, alucinaciones aperceptivas de Kahlbaum)

- **Definición:**
"Un tipo de alucinación caracterizada por el mantenimiento del sentido de realidad, la implicación de diferentes modalidades sensoriales, el contenido infantil, ingenuo y fantástico, y por tener significados psicológicos" (DSM-IV-TR). Únicamente se menciona como síntoma en el trastorno de conversión.

- **Características:**
El sujeto las experimenta con subjetividad, como pertenecientes al mundo interno del sujeto (como las imágenes reales) (PIR93, 153; PIR94, 176), pero tiene los mismos elementos sensoriales que las alucinaciones. Y su característica principal es la ausencia de convicción de realidad. Suelen ser visuales o auditivas (PIR01, 69).

- **Aparecen en:** Estados hipnagógicos e hipnopómpicos, de trance, fatiga, de privación sensorial, y consumo de ciertas drogas, en especial, alucinógenos. También en estados de crisis o emocionalmente intensos, como las "alucinaciones de viudedad" (PIR99, 219).

Alucinaciones funcionales

- **Definición:** Un estímulo real que desencadena la alucinación es percibido al mismo tiempo y en la misma modalidad sensorial que la alucinación (PIR95, 24; PIR02, 150; PIR, 05, 112). De forma simultánea, una percepción correcta del estímulo se superpone a la alucinación (a diferencia de lo que ocurre en las ilusiones).

Por ejemplo, oír una voz cuando la aspiradora está funcionando, y dejar de oírla cuando ésta se apaga (PIR94, 178). Se denomina funcional porque, como puede verse, la percepción alterada está "en función de" la existencia de estímulos externos.

- **Aparecen en:** Esquizofrenia, especialmente en pacientes de larga evolución de la enfermedad.

Alucinaciones reflejas

- **Definición:** Un estímulo determinado provoca una alucinación en una modalidad sensorial diferente (variedad patológica de la sinestesia) (PIR95, 19; PIR01, 71; PIR07, 28). Por ejemplo, ver un perro y sentir una punzada en el estómago.

Alucinaciones negativas

- **Definición:** Lo contrario a la alucinación, el sujeto no percibe algo que realmente existe. Pero hay que señalar que estos sujetos no se comportan como si la ausencia de ese objeto fuera real (p. ej., dice no ver una mesa pero la esquiva al caminar) (PIR05, 109). Se han encontrado aspectos comunes con la sugestión.

- **Autoscopia negativa:** El sujeto no se ve a sí mismo cuando su imagen se refleja en el espejo (PIR05, 110).

Alucinaciones extracámpinas

- **Definición:** Se producen fuera del campo visual (p. ej., el sujeto afirma ver a alguien sentado detrás de él) (PIR94, 175; PIR99, 215; PIR02, 136; PIR15, 163). Hay que distinguirlas del "sentido de presencia".

Pseudopercepciones o imágenes anómalas (ver tabla 5)

Definición

Anomalías perceptivas en forma de imágenes que se producen en ausencia de estímulos desencadenantes concretos o que se mantienen a pesar de que el estímulo desencadenante ya no esté presente.

Alucinaciones fisiológicas: imágenes hipnagógicas e hipnopómpicas

- **Definición:** Son imágenes (normalmente poco elaboradas: luces, sonidos bruscos, etc.) que se dan cuando el individuo está en estado de semiconsciencia entre el sueño y la vigilia.

CARACTERÍSTICAS	TIPOS
Sin estímulo externo desencadenante	Imágenes hipnagógicas (PIR02, 135) Imágenes hipnopómpicas Imágenes alucinoides
Persisten o se activan cuando el estímulo desencadenante ya no está presente	Imágenes mnémicas Imágenes consecutivas o postimágenes Imágenes parásitas

Tabla 5. Pseudopercepciones o imágenes anómalas.

- **Subtipos:**

- **Hipnagógicas:** En fase de adormecimiento.
- **Hipnopómpicas:** En el paso del sueño a la vigilia (PIR95, 21; PIR96, 177). Suelen ser visuales o auditivas.

Imágenes alucinoides

- **Definición:** Se producen en ausencia de estímulos desencadenantes y aparecen en el espacio negro de los ojos cerrados (imágenes de fiebre) o en el espacio físico externo, a causa de intoxicaciones o uso de drogas (PIR95, 23; PIR03, 103; PIR05, 104).

- **Características:** Son subjetivas, autónomas (sin control por parte del sujeto), tienen gran plasticidad y el sujeto no les otorga valor de realidad.

- **Aparecen en:** Consumo de sustancias (se llaman entonces fantasiopsias).

Imágenes mnémicas

- **Definición:** Imágenes de los recuerdos de los sujetos que pueden presentarse de modo transformado. Son subjetivas, se experimentan con poca nitidez y viveza, y se desvanecen si no se mantienen voluntariamente.

- **Variante:** **Imágenes eidéticas o recordar sensorial.** Son representaciones exactas de impresiones sensoriales exactas vividas en algún momento por el sujeto. Habitualmente se dan en la modalidad visual o auditiva, y pueden provocarse voluntariamente, aunque también pueden aparecer sin control por parte del sujeto.

Imágenes consecutivas, negativas o post-imágenes

- **Definición:** Se producen como consecuencia de una estimulación sensorial excesiva. Aparecen durante unos segundos tras esta estimulación y es difícil producirlas voluntariamente tiempo después (a diferencia de las eidéticas) (PIR96, 118).

- Han recibido el nombre de imágenes negativas, por presentar características contrarias a las de la estimulación que las produjo.

- Es raro que sean patológicas y el sujeto conserva el juicio de realidad intacto.

Imágenes parásitas

- **Definición:** Se producen cuando el sujeto no fija la atención en ellas y desaparecen cuando se concentra en ellas. Son consecuentes

a un estímulo que ya no está presente y son más frecuentes cuando existe un cansancio extremo.

- Se distinguen de las imágenes mnémicas por su autonomía, y de las imágenes consecutivas por su subjetividad.

- **Variante:**

Imágenes obsesivas. Son un caso especial porque se mantienen aunque el individuo fije su atención en ellas. Es el caso, por ejemplo, de un paciente que refiere "lleva todo el día con esa cancioncilla metida en la cabeza, no consigo deshacerme de ella por más que lo intento" (PIR07, 72).

Diferencias entre alucinación y otros conceptos importantes (Ver tabla 6)

Presencia de alucinaciones en distintos trastornos (Ver tabla 7 en la página siguiente)

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES	
LA ILUSIÓN	Criterio 1: Ocurre en ausencia de un estímulo apropiado. Nos sirve para distinguir la alucinación de la ilusión: el sujeto está en un ambiente lleno de estímulos sensoriales, pero entre ellos no se encuentra el que da origen al engaño perceptivo, en este caso, alucinación.
LA PSEUDOALUCINACIÓN	Criterio 2: Tiene toda la fuerza e impacto de la correspondiente percepción real. Generalmente es de tipo auditivo, y el sujeto lo sitúa en el espacio interior. Por ejemplo, "lo escucho dentro de mi cabeza", y es muy característica de la esquizofrenia. La diferencia con la alucinación es que ésta conlleva la convicción de realidad, externa y objetiva; tiene su origen fuera de sí mismo.
OTRAS IMÁGENES MENTALES ANÓMALAS	Criterio 3: No es susceptible de ser controlada voluntariamente por quien la experimenta. Nos sirve para distinguir la alucinación de otra clase de imágenes mentales vividas. Suele ir acompañado de miedo y angustia. No obstante, este criterio no es exclusivo de las alucinaciones, ya que aparece también en las obsesiones, los delirios, las imágenes parásitas, las eidéticas o las hipnagógicas (PIR99, 217; PIR07, 71).

Tabla 6. Diferencias entre alucinación y otros conceptos importantes.

CARACTERÍSTICAS	
ESQUIZOFRENIA	- Amplia variedad de anomalías perceptivas. - Alucinaciones en más de una modalidad: mixtas. - Más frecuentes alucinaciones auditivas, seguidas de las visuales, somáticas, olfativas, táctiles y gustativas.
TRASTORNO PARANOIDE	- Suele presentar alucinaciones auditivas.
TRASTORNOS AFECTIVOS	Episodio depresivo mayor: - Alucinaciones presentes en el 25%. - Normalmente auditivas y consonantes con el estado de ánimo. Episodio maniaco: - En el 25% de los casos. - Alucinaciones auditivas.
HISTERIA Y TRASTORNOS CONVERSIVOS	- Tienden a afectar a múltiples modalidades sensoriales a la vez. - Alucinaciones auditivas y visuales. - Con contenido psicológico.
INTOXICACIÓN POR DROGAS	- Alucinaciones visuales.
DELIRIUM	- Alucinaciones auditivas, visuales, táctiles y mixtas.
ALUCINOSIS ALCOHÓLICA	- Alucinaciones auditivas.
TUMOR CEREBRAL	- Depende de su localización. - Principalmente alucinaciones auditivas y visuales.
EPILEPSIA TEMPORAL	- Durante el aura epiléptica. - Experiencia alucinatoria elemental. - Principalmente auditiva y visual.
DEFICIENCIAS SENSORIALES	- Normalmente en reducciones de la agudeza visual o auditiva. - Fármacos antipsicóticos poco eficaces. - Caso especial: Síndrome de Charles-Bonnet (ancianos con patología orgánica central o periférica que presentan alucinaciones liliputienses).
VARIACIONES FISIOLÓGICAS	- Temperatura corporal anormal (alta o baja). - Deprivación o exceso de alimentos o bebida. - Hiperventilación.
OTRAS ENFERMEDADES DEL SNC	- Síndrome postcontusional, migrañas, meningiomas, encefalitis vírica, etc. - Las alucinaciones varían en función de la localización del daño.

Tabla 7. Presencia de alucinaciones en distintos trastornos.

	OBJETO REAL	CONVENCI- MIENTO DE REALIDAD	ESPACIO DE LA PERCEPCIÓN	ENFERMEDAD	EJEMPLO
ALUCINACIÓN	Inexistente	Sí	Exterior	Enfermedad metabólica Drogas	Ver personas de pie a tu lado
PSEUDO-ALUCINACIÓN	Inexistente	No	Interior	Alucinaciones de viudedad	Una viuda puede ver u oír a su marido muerto
ALUCINOSIS	Inexistente	No (¡pide ayuda!)	Exterior	Alcoholismo	Algo me pasa, veo enanitos
ILUSIÓN	Existente	Sí	Exterior	Ansiedad	Creer que una persona es un abrigo colgado en una percha

Tabla 8. Trastornos de la percepción.

Resumen de los puntos principales

PSICOPATOLOGÍA DE LA SENSORPERCEPCIÓN

DISTORSIONES PERCEPTIVAS O SENSORIALES (Definición: percepción errónea de un estímulo existente)	Intensidad	Hiperestesia Hipoestesia Anestesia: Hiperalgesia Hipoalgesia Analgesia
	Cualidad	
	Tamaño y forma (metamorfopsia)	Dismegalopsias (PIR04, 222) Dismorfopsias
	Integración	Escisión: Morfólisis Metacromía Aglutinación: Sinestesia
	Ilusión	Pareidolia Sentido de presencia
ENGAÑOS PERCEPTIVOS (Definición: experiencia perceptiva no fundamentada en un estímulo existente)	Alucinaciones	Según complejidad Según contenido Según modalidad sensorial
	Variantes de la experiencia alucinatoria	Pseudoalucinación Alucinación funcional Alucinación refleja Alucinación negativa Autoscopia Alucinación extracampina
	Pseudopercepciones o imágenes mentales anómalas	Imágenes hipnagógicas e hipnopómpicas (fisiológicas) Imágenes alucinoides Imágenes mnémicas Imágenes consecutivas o postimágenes Imágenes parásitas

TEMA 6 PSICOPATOLOGÍA DE LA MEMORIA

6.1. Introducción

Memoria (definición)

Proceso psicofisiológico que permite al individuo adquirir (de manera consciente e inconsciente), retener y utilizar (de forma controlada o automática) una experiencia, y que está localizado en el SNC.

Clasificación según criterio temporal

MCP (MEMORIA A CORTO PLAZO, INMEDIATA)	- Duración y capacidad limitada (como máximo 7+-2 elementos durante 20 segundos) - Análisis y reproducción inmediata de la información sensorial
MEMORIA OPERATIVA O DE TRABAJO	- Concepto introducido por Baddeley - Es MCP: concepto de MCP como sistema activo de procesamiento de información - Tres componentes: • Ejecutivo central: sistema de control (almacén y manipulación de información) • Bucle fonológico: información verbal (tanto visual como auditiva) • Agenda visoespacial: información visoespacial
MLP (MEMORIA A LARGO PLAZO)	- Almacén permanente y de capacidad ilimitada - Contiene los recuerdos autobiográficos, el conocimiento del mundo, el lenguaje, sus reglas y el significado de los conceptos

Tabla 1. Clasificación de la memoria según criterio temporal.

Clasificación según su contenido (todo incluido en MLP)

MEMORIA EPISÓDICA	MEMORIA SEMÁNTICA
Recuerdos autobiográficos Organización espacial y temporal Sin capacidad de inferencia Gran interferencia y olvido Retiene información aprendida Memoria retrógrada vs. anterógrada	Referencia cognitiva Organización conceptual Con capacidad de inferencia Escasa interferencia Retiene conocimientos
MEMORIA DECLARATIVA O EXPLÍCITA	MEMORIA PROCEDIMENTAL O IMPLÍCITA
Accesible a la conciencia Recuperación intencional de la información Memoria episódica y semántica son memoria declarativa	Independiente de la recuperación consciente o intencional Conocimiento de habilidades: cómo se hace Se pone en marcha al realizar actos

Tabla 2. Clasificación de la memoria según su contenido.

Tareas para evaluar la memoria (PIR97, 175)

TAREAS INDIRECTAS, IMPLÍCITAS O NO DELIBERADAS	TAREAS DIRECTAS, EXPLÍCITAS O DELIBERADAS
Permiten observar los efectos de la experiencia previa sin hacer referencia explícita al episodio en el que se adquirió la información	En sus instrucciones se hace referencia al episodio en el que se adquirió la información y, por lo tanto, exigen un recuerdo consciente del episodio (p. ej., recuerdo libre, con claves y reconocimiento)

Tabla 3. Tareas para evaluar la memoria.

6.2. Amnesia retrógrada

Definición

Incapacidad para recordar el pasado, o dicho de otro modo, como la incapacidad para recuperar información que había sido almacenada anteriormente al inicio del cuadro (PIR93, 154; PIR94, 182; PIR95, 13; PIR03, 04).

Aparece en

Traumatismo craneoencefálico (PIR04, 188) y en la aplicación de terapia electroconvulsiva (TEC).

Características

- Gradiente temporal:
Se extiende hacia atrás a partir del cuadro y en función de la gravedad de la lesión. La recuperación también sigue ese gradiente temporal, recuperándose antes los recuerdos más antiguos. Lo último que se pierde es lo primero que se recupera.
- Es un problema de accesibilidad:
La información no se pierde, se puede recuperar.

Amnesia global transitoria (AGT)

Definición

Cuadro clínico de amnesia retrógrada orgánica descrito en 1964 por Fisher y Adams.

Características (PIR94, 186)

- Aparición brusca.
- Dura varias horas.
- Puede acompañarse de otras alteraciones neurológicas (p. ej., hemiparesia).
- Amnesia lacunar del episodio:
El paciente no recuerda lo sucedido cuando el episodio cede.
- Suele ser un episodio único.

Síntomas asociados

- Mantenimiento de la memoria inmediata.
- Grave alteración de la memoria reciente, que origina desorientación por la incapacidad para retener las claves espacio-temporales.

- Amnesia retrógrada de varias horas.
- Memoria semántica conservada.
- Conservación de las habilidades psicomotoras.

Etiología

Disfunción hipocámpica transitoria y se relaciona con alteraciones vasculares.

6.3. Síndrome amnésico

Definición y características

Definición: déficit global y permanente de memoria sin que haya otros deterioros cognitivos y producido como consecuencia de una **lesión cerebral** (PIR95, 12).

Características (PIR98, 126)

- Siempre presente una importante amnesia anterógrada:
Dificultad/incapacidad para retener información nueva (PIR94, 183; PIR01, 73; PIR02, 137; PIR04, 260).
• Alteración tanto para memoria episódica como para memoria semántica (PIR95, 11).
Tradicionalmente se pensaba que afectaba solo a memoria episódica.
- Fenómeno de **amnesia de la fuente** (Shimura):
Incapacidad para recordar dónde y cuándo se aprendió una información (PIR).

- Puede aparecer memoria retrógrada asociada.
- Memoria operativa conservada.

Etiología

- Lesiones diencefálicas (en el síndrome de Korsakoff).
- Lesiones en el lóbulo temporal medio.
- Accidentes cerebrovasculares (en zonas diencefálicas e hipocámpales).
- Anoxia.

ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE O FASE AGUDA (PIR94, 185; PIR00, 36; PIR15, 158)	- Estado confusional general. - Desorientación temporo-espacial y de personas. - Ataxia. - Oftalmoplejía. - Nistagmus. - Polineuropatía. - Prosopagnosia o incapacidad para reconocer a familiares. - Apatía. - Problemas de atención y memoria. - Incapacidad para mantener una conversación coherente. Estos síntomas tienden a remitir si el cuadro se trata con niveles adecuados de tiamina. Si no, su forma clínica evoluciona hacia un Síndrome de Korsakoff.
SÍNDROME DE KORSAKOFF O FASE CRÓNICA (PIR96, 255)	- Tétrada sintomática: • Amnesia para sucesos recientes: amnesia anterógrada y parcial amnesia retrógrada. • Desorientación principalmente temporal y también espacial. • Confabulación (PIR94, 187), rellenando las lagunas temporales. • Falso reconocimiento ocasional. Se produce una profunda alteración de la memoria con claridad de conciencia. Permaneciendo el resto de funciones intelectuales intactas (lo que diferencia este síndrome de la demencia alcohólica).

Tabla 4. Sintomatología del síndrome Wernicke-Korsakoff.

Síndrome de Korsakoff

Definición

Cuadro amnésico de etiología orgánica caracterizado por un fuerte deterioro en las funciones de memoria anterógrada y retrógrada, apatía y preservación de las capacidades sensoriales y otras capacidades intelectuales.

Etiología

La causa de este síndrome es una mala nutrición, en especial de vitamina B₁ o tiamina, que normalmente acompaña al alcoholismo crónico (PIR07, 169). Se produce una lesión en los cuerpos mamilares y los núcleos dorso-mediales del tálamo, por lo que estos pacientes también han sido llamados diencefálicos (PIR). A menudo se acompaña de atrofia en el lóbulo frontal.

Evolución del cuadro

Habitualmente comienza con un episodio brusco de encefalopatía de Wernicke, por lo que ambos fenómenos se han considerado como integrantes del mismo cuadro, denominándolo síndrome de Wernicke-Korsakoff. Los síntomas son progresivos y el riesgo de muerte es elevado, pudiendo conducir a la misma en el plazo de dos semanas.

Sintomatología

(Ver tabla 4)

Diagnóstico diferencial con las demencias (PIR96, 107; PIR09, 44)

- En las demencias se producen múltiples déficits cognoscitivos.
- Además, en la demencia alcohólica, los déficits mnésicos no suelen ser lo más característico del trastorno.

6.4. Amnesia y demencia

Demencia (definición)

Trastorno degenerativo del cerebro en el que se produce un deterioro progresivo tanto intelectual como emocional del paciente, acompañado de alteraciones mnésicas (que suelen ser los primeros signos de enfermedad) (PIR15, 159).

Clasificación de las demencias según su etiología característica

(Ver tabla 5)

Enfermedad de Alzheimer, demencia senil o presenil

Definición

Deterioro progresivo de todo el funcionamiento cognitivo, debutando a nivel de rendimiento mnésico, progresivamente afectando al funcionamiento intelectual habitual y al sistema emocional y afectivo, siendo habituales los síntomas depresivos. Los cambios de personalidad suelen estar limitados a la exacerbación de los rasgos de carácter premórbido.

Correlatos orgánicos

Presencia de placas seniles y tangles o nudos neurofibrilares, especialmente en las zonas del hipocampo y parieto-temporal del cerebro.

6.5. Amnesias funcionales o psicógenas

Definición

Ciertos tipos de amnesia, en cuya etiología no existe una causa orgánica demostrable y bajo los que subyace un componente emocional (PIR03, 118).

Características (PIR94, 184)

- Pérdida de memoria autobiográfica en ausencia de patología cerebral.
- La alteración de la memoria es siempre retrógrada, episódica y explícita (PIR99, 233; PIR00, 45).

- Puede haber una muy leve amnesia anterógrada.
- Conservación de la memoria semántica y la memoria episódica implícita.

Tipos

El DSM los recoge dentro de la categoría de Trastornos Disociativos.

- Amnesia disociativa.
- Fuga disociativa.
- Personalidad doble o múltiple.

Amnesia disociativa (antes funcional, histérica o psicógena)

Definición

Episodio de incapacidad repentina para recordar información personal (autobiográfica) importante, demasiado intensa para ser explicado a partir de un olvido ordinario (PIR01, 74; PIR03, 101).

Se la considera la forma más extrema de olvido psicógeno.

Características (PIR98, 120)

- Su inicio suele ir precedido de algún episodio altamente estresante.
- Puede existir una historia de amnesia orgánica en el pasado.
- No interfiere necesariamente en el funcionamiento social o laboral, ya que no se pierde ni el lenguaje ni otros conocimientos necesarios para la vida cotidiana.
- El cuadro desaparece de forma brusca y espontánea.

El DSM-IV-TR señala cinco tipos de amnesia disociativa: localizada, selectiva, generalizada, continua y sistematizada.

Puede aparecer en el trastorno de estrés postraumático (PIR07, 195).

Fuga disociativa

Definición

Pérdida brusca de la identidad personal como consecuencia de un acontecimiento emocional negativo, aunque durante el episodio el individuo muestra una falta de resonancia afectiva (PIR96, 109).

	CARACTERÍSTICAS	SUBTIPOS
CORTICALES	Déficit en memoria operativa en tareas simultáneas Memoria procedimental conservada Facilitación (memoria implícita) en ocasiones alterada	Alzheimer Pick
DIENCEFÁLICAS	Memoria operativa sin alteraciones Facilitación (memoria implícita) conservada	Korsakoff Temporales ACV Anoxia
SUBCORTICALES	Deterioro en recuerdo pero muy leve o inexistente en reconocimiento Memoria procedimental alterada Memoria implícita conservada	Parálisis supranuclear progresiva (PSP) Corea de Huntington Enfermedad de Parkinson Enfermedad de Wilson Esclerosis múltiple

Tabla 5. Características principales de las demencias según su etiología.

Como en la amnesia disociativa, el episodio finaliza de manera brusca, recuperando el sujeto su identidad, y se acompaña de amnesia retrógrada total o parcial del periodo de fuga (amnesia lacunar).

Personalidad múltiple

Definición

Coexistencia de dos o más personalidades en un mismo individuo que comparten el gobierno del comportamiento del individuo, alternándose en distintos momentos.

Se ha observado que cada personalidad parece tener su propia memoria, y la personalidad original no conoce a las otras, aunque es consciente de lagunas en la memoria que se corresponden con el tiempo de control de las otras personalidades.

Como los anteriores, tiene su origen en un acontecimiento estresante y se concibe como una variante disociativa del trastorno de estrés postraumático.

6.6. Hipermnesias

Definición

Incremento de la capacidad para codificar y recuperar la información. Implica la memoria reproductiva y mecánica de gran cantidad de recuerdos.

Se convierte en patológico cuando la intensidad de la actividad de recordar escapa de un control voluntario (p. ej., aprender todo el listado telefónico).

Clasificación de Mesa Cid y Rodríguez Testal (2007)

- **Pseudohipermnesias:** Evocación repetitiva de recuerdos, por ejemplo, relacionados con la patología del paciente y que los puede usar para afianzar su argumentación. Puede darse en población normal (p. ej., flashes de vivencias pasadas).
- **Ecmnesia:** Se produce cuando el sujeto cree estar en el pasado, lo que supone revivir con gran implicación emocional vivencias del pasado. Se produce una pérdida de la orientación en el presente (PIR07, 63). El **delirio ecmésico** hace referencia a la sensación de revivir algún recuerdo auténtico como si fuera presente en un proceso delirante o alucinatorio.
- **Criptoamnesia:** Se define en el próximo apartado dentro de las anomalías en el reconocimiento.

6.7. Paramnesias y parapraxias

Paramnesia (definición de Kraepelin)

Distorsiones patológicas de la memoria causadas por la inclusión de detalles falsos o por una referencia en el tiempo errónea (PIR03, 110; PIR05, 108; PIR07, 79; PIR15, 149).

Parapraxias (definición de Freud)

Errores de memoria simples, como el olvido de nombres, fechas, el fenómeno de "en la punta de la lengua"...

Por tanto, estos términos hacen referencia tanto a distorsiones en el recuerdo como en el reconocimiento. Es importante señalar que se producen tanto en población normal como clínica, por lo que no necesariamente están asociados a alteraciones mnésicas.

Clasificación

- Anomalías del recuerdo.
- Anomalías del reconocimiento.

Anomalías en el recuerdo

(Ver tabla 6 en la página siguiente)

Anomalías en el reconocimiento (PIR)

(Ver tabla 7 en la página siguiente)

6.8. Alteraciones mnésicas en trastornos mentales

(Ver tabla 8 en las páginas siguientes)

	DEFINICIÓN
"CONOZCO LA CARA PERO NO EL NOMBRE"	- Se reconoce e identifica apropiadamente a otra persona, pero se es incapaz de recordar su nombre. - Se considera un reconocimiento con recuerdo atenuado.
EL FENÓMENO DE "NO PUEDO UBICARLE"	- Se identifica a la persona como conocida, pero se es incapaz de identificarla, no se sabe de qué se conoce. - Suele ocurrir al encontrarse a la persona fuera de su contexto habitual: importancia de variables contextuales en la memoria. - Representa un reconocimiento sin recuerdo.
"PUNTA DE LA LENGUA" (PIR04, 214; PIR06, 105)	- Se tiene la certeza de saber una palabra aunque no se pueda recuperar. - Se produce un recuerdo parcial de algunas características de la palabra, por lo que el uso de pistas fonológicas o semánticas facilita su acceso. - Fenómeno de la hermanita fea: los intentos fallidos al intentar dar con la palabra no son al azar, tiene alguna relación (ya sean iniciales, consonantes, sinónimos, etc.) con la palabra que se busca.
SENSACIÓN DE CONOCER	- Se está seguro de conocer o saber algo, pero al ir a demostrarlo se falla. - Engloba el fenómeno anterior. - Más frecuente con información semántica.
VERIFICACIÓN DE TAREAS O CHECKING	- Conductas de comprobación para verificar que se han realizado determinadas acciones o tareas porque el recuerdo de aquello que se comprueba está ausente o atenuado. - Es diferente a la verificación del obsesivo, ya que éste tiene el recuerdo de haber realizado la acción pero necesita corroborarlo una y otra vez.
LAGUNA TEMPORAL	- Implica la pérdida del recuerdo de los hechos ocurridos en un periodo de tiempo. - El fallo real se produce por no haber prestado atención consciente a los acontecimientos que tienen la función de ser marcadores temporales. - Ocurre cuando los hábitos están muy automatizados. Si aparece un suceso sorpresivo se pasa del control automático al voluntario, sirviendo de este modo, de marcador temporal.
PSEUDOMEMORIAS Y FALSIFICACIÓN DE LA MEMORIA	- Hacen referencia a la elaboración de recuerdos para rellenar "vacíos" de memoria. - Tres fenómenos: • Confabulación: el paciente inventa recuerdos sin intención de mentir (PIR99, 235; PIR02, 130; PIR05, 241; PIR15, 157). Aparece en el síndrome amnésico, Korsakoff y demencias, con estado de conciencia lúcida, y sirve para dar respuesta a cosas que no recuerda y así mantener una continuidad mnésica. • Pseudología fantástica: narraciones completamente inventadas que el paciente; se llegan a creer y que cubren una necesidad afectiva. Se dan en trastornos funcionales, como histerias o Munchausen (PIR). • Recuerdos delirantes: consiste en la deformación de la memoria en función del contenido del delirio o el desarrollo de recuerdos falsos.

Tabla 6. Anomalías en el recuerdo.

DEJÁ VU O FALSO RECONOCIMIENTO POSITIVO	- Se experimenta que algo ya se había visto antes cuando realmente sabemos que es la primera vez que lo vemos (PIR97, 83). - Dos fenómenos asociados: • Pseudopresentimiento: sensación de haber visto un suceso que hubiera sido capaz de predecir. • Paramnesia reduplicativa (Pick, 1901): falso reconocimiento (afirmar, por ejemplo, que se estuvo en el mismo lugar anteriormente siendo la primera vez que está). Frecuente en el síndrome de Korsakoff, los estados confusionales y las demencias.
JAMAIS VU O FALSO RECONOCIMIENTO NEGATIVO	- El individuo reconoce y recuerda una situación, pero no experimenta sensación de familiaridad alguna (PIR99, 234; PIR07, 80). - Fenómeno relacionado: pérdida del significado de las palabras, en el que se produce una articulación correcta de la palabra pero sin significado cuando se presta atención a la misma.
CRIPTOAMNESIA	- Un recuerdo no es vivido como tal, sino que se tiene la certeza que es una producción original y propia (autogenerada), experimentada por primera vez (PIR93, 151; PIR08, 57; PIR09, 53). - Fallo en el reconocimiento de ideas ya conocidas. Es, por tanto, una anomalía en el reconocimiento junto a una ausencia de sensación de familiaridad.

Tabla 7. Anomalías en el reconocimiento.

ESQUIZOFRENIA (PIR)	- Sobrecarga cognitiva por las dificultades para filtrar y seleccionar la información relevante. - Memoria icónica: necesitan exposiciones más prolongadas de los estímulos para detectarlos y discriminarlos de otros. - MCP: mayor tasa de olvidos y mayor susceptibilidad a la interferencia. Amplitud normal. - MLP: ejecución pobre en tareas de recuerdo (por elevada distraibilidad). Resultados normales en reconocimiento.
DEPRESIÓN MAYOR	- Ejecución enlentecida en las pruebas de recuerdo libre. - Mejor ejecución en reconocimiento que en recuerdo libre. - Pseudodemencia depresiva: mayores quejas de memoria de lo que se corresponde con la ejecución real. - Efecto de congruencia: los pacientes deprimidos recuerdan más el material negativo (congruente con su estado de ánimo) que positivo (PIR).
ANSIEDAD	- Afectación en la memoria, mayor ansiedad-estado que en ansiedad-rasgo. - Menor rendimiento en reconocimiento que en recuerdo libre.

Tabla 8. Alteraciones mnésicas en trastornos mentales.

Resumen de los puntos principales			
PSICOPATOLOGÍA DE LA MEMORIA			
TIPO DE ALTERACIÓN	CARACTERÍSTICAS		TRASTORNO
Cuadro orgánico (principal: alteración anterógrada)	Amnesias normalmente progresivas		Alzheimer Enfermedades degenerativas
	Amnesias crónicas no progresivas		Síndrome amnésico Síndrome de Korsakoff
	Amnesias recuperables		Amnesia postraumática (PIR99, 236) AGT
Cuadro no orgánico, funcional o psicógeno (principal: alteración retrógrada)	Retrógrada Episódica Explícita	Fuga disociativa Amnesia disociativa Personalidad múltiple	
SÍNDROME AMNÉSICO			
ALTERACIONES EN LA MEMORIA	Operativa		Conservada
	Permanente (mayor alteración episódica que semántica)	Anterógrada	Siempre alterada
		Retrógrada	Alteración opcional
PARAMNESIAS (KRAEPELIN) Y PARAPRAXIAS (FREUD)			
ALTERACIÓN	TIPOS		
Anomalías en el recuerdo	Punta de la lengua Laguna temporal Verificación de tareas Sensación de conocer Fenómeno de no poder ubicar Confabulación Pseudología fantástica		
Anomalías en el reconocimiento	Deja vu (PIR04, 227) Jamais vu Criptoamnesia		

TEMA 7 PSICOPATOLOGÍA DEL PENSAMIENTO

7.1. Introducción

Los trastornos del pensamiento se estudian a través del discurso del sujeto, que es como toman forma. La historia de la psicopatología del pensamiento está íntimamente relacionada con la historia de la esquizofrenia.

Clasificación (Fish)

- Trastornos formales o del curso del pensamiento.
- Trastornos del contenido del pensamiento.

7.2. Trastornos formales o del curso del pensamiento

Definición

Son trastornos del razonamiento y suponen deficiencias en la inferencia deductiva, inductiva y de solución de problemas.

Frecuentemente se asocian los trastornos formales del pensamiento con los trastornos del discurso o el "habla desorganizada". Por tanto, para su estudio debemos partir del lenguaje que expresa el sujeto en condiciones de diálogo o de monólogo, así como en la modalidad oral o escrita.

Escala de trastornos del pensamiento, el lenguaje y la comunicación

Elaborada por **Andreasen**, es utilizada para la evaluación del discurso individual durante una entrevista clínica.

(Ver tabla 1)

	DEFINICIÓN
POBREZA DEL HABLA	- También llamada "habla lacónica". - El discurso se basa únicamente en respuestas monosilábicas. - Es una manifestación de la bradipsiquia o disminución del ritmo del pensamiento.
POBREZA DEL CONTENIDO DEL HABLA	- También llamada "habla vacía", o "trastorno formal negativo del lenguaje". - El paciente da respuestas con mayor duración de lo adecuado pero que, sin embargo, proporciona poca información. No comunica, ya que el discurso es repetitivo, vago y estereotipado (PIR01, 75). - Alogia : empobrecimiento del pensamiento y la cognición de ocurre en la esquizofrenia (PIR08, 63; PIR09, 47; PIR15, 209).
PRESIÓN DEL HABLA	- También llamada "logorrea" y "habla apresurada". - Incremento anormalmente elevado en la cantidad de habla espontánea. En su discurso pueden darse oraciones incompletas por el ansia de empezar una nueva, es rápido y resulta difícil interrumpirle (PIR98, 111). - Es una manifestación de la taquipsiquia.
DISCURSO DIVERGENTE	- También llamado "habla distraída". - Interrupción del discurso como respuesta a estímulos inmediatos y el paciente cambia de tema (PIR02, 142; PIR04, 259).
TANGENCIALIDAD	- Cuando se le realiza una pregunta al paciente, éste responde oblicuamente, es decir, con respuestas tangenciales o incluso irrelevantes (PIR97, 76).
DESCARRILAMIENTO	- También llamado "fuga de ideas" y "pérdida de asociaciones". - El paciente verbaliza ideas que se escabullen unas de otras, es decir, las ideas se yuxtaponen de forma brusca, con una falta de conexión entre las frases, lo que convierte el discurso en incomprendible (PIR94, 194; PIR95, 04; PIR99, 227; PIR04, 228). - Las frases tanto a nivel sintáctico como semántico son correctas, pero están inconexas.
INCOHERENCIA	- También llamado "esquizoafasia", "ensalada de palabras" y "paragramatismo" (PIR98, 112). - El paciente verbaliza frases sin sentido, falta una adecuada conexión entre las palabras o se sustituyen por otras que destruyen el significado de la frase y el discurso se vuelve ininteligible (PIR96, 111; PIR97, 77; PIR10, 54).
ILOGICIDAD	- Patrón de habla en el que no se llega a las conclusiones de manera lógica. - Es un fracaso en las inferencias inductivas.
RESONANCIA	- El paciente selecciona y verbaliza palabras en función de su sonido y no por su adecuación sintáctica o semántica (PIR04, 224; PIR05, 29; PIR15, 153).

Tabla 1. Escala de trastornos del pensamiento, el lenguaje y la comunicación (continúa).

	DEFINICIÓN
NEOLOGISMO	- Elaboración de nuevas palabras cuyo significado y derivación es incapaz de comprender el otro.
APROXIMACIÓN A PALABRAS	- Las palabras se utilizan de manera no convencional, o se elaboran pseudopalabras siguiendo las reglas de formación del idioma.
CIRCUNSTANCIALIDAD	- El objetivo del discurso no se alcanza directamente, sino que el habla está llena de detalles, paréntesis y apartados, aunque puede llegar a la meta (PIR94, 195; PIR09, 36; PIR10, 50).
PÉRDIDA DE META	- Se fracasa al llegar al objetivo, no se sigue la cadena de pensamiento normal hasta su conclusión (PIR04, 216).
PERSERVERACIÓN	- Durante el discurso se produce una repetición persistente de ideas o palabras (PIR93, 150; PIR95, 05; PIR15, 154).
ECOLALIA	- Consiste en la repetición en forma de eco de las palabras o frases del interlocutor (PIR).
BLOQUEO	- Hace referencia a la interrupción del discurso antes de completar una idea, y posteriormente, tras un breve silencio, el paciente refiere no recordar lo que iba a decir o de lo que se estaba hablando.
HABLA AFECTADA	- También llamada "elación" o "habla enfática". - El discurso es excesivamente culto, pomposo y distante.
AUTORREFERENCIA	- Hace referencia a la tendencia del paciente a llevar el tema hacia sí mismo aunque se traten de temas neutros.

Tabla 1. Escala de trastornos del pensamiento, el lenguaje y la comunicación (continuación).

Otros estudios posteriores han agrupado estas categorías en dos grupos

TRASTORNOS POSITIVOS DEL PENSAMIENTO	TRASTORNOS NEGATIVOS DEL PENSAMIENTO
Producción de habla inusual y extraña Presión del habla Tangencialidad Descarrilamiento Incoherencia (PIR99, 222) Ilogicidad	Dificultad en la producción del habla Pobreza del habla Pobreza del contenido del habla

Tabla 2. Clasificación posterior de los trastornos del pensamiento.

La comunicación desviada

Definición

Problema de comunicación a nivel de relación en el que existe dificultad para transmitir un mensaje con significado compartido. Supone un "desorden del pensamiento transaccional".

Muy estudiado por **Singer** y **Wynne** en las alteraciones del pensamiento en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (PIR94, 193).

Enfoques de estudio de la comunicación desviada y los trastornos formales del pensamiento

(Ver tabla 3 en la página siguiente)

7.3. Trastornos del contenido del pensamiento: delirios

Definición y características

Definiciones

Son trastornos de las creencias.

- **Jaspers** (1946):
Delirio como "juicios falsos que se caracterizan porque el sujeto los mantiene con gran convicción y no son influenciados ni por la experiencia ni por conclusiones irrefutables, y que además su contenido es implausible".
- DSM-IV-TR:
Creencia personal errónea que se basa en inferencias incorrectas.

Para **Bleuler**, el rasgo fundamental de la esquizofrenia eran los trastornos formales del pensamiento, dejando a los delirios un lugar secundario y derivado de los síntomas fundamentales.

Características de los delirios (Oltmans, 1988)

- Otras personas consideran esa creencia como increíble debido al balance de las evidencias a favor y en contra.
- La creencia no es compartida por otros.
- La creencia se mantiene con firme convicción y no se modifica con la presentación de ideas contrarias.
- Existe preocupación respecto a la creencia, y le resulta difícil evitar pensar o hablar de ello.
- El contenido se refiere más a referencias personales que a convicciones políticas, religiosas o científicas no convencionales.
- La creencia causa malestar subjetivo o interfiere en el funcionamiento social o laboral de la persona.
- No realiza esfuerzos para resistirse a la creencia (lo que lo diferencia con una idea obsesiva).

	ENFOQUE INDIVIDUAL (CENTRADO EN EL SUJETO)	ENFOQUE INTERACCIONAL (CENTRADO EN TODOS LOS PARTICIPANTES Y SU AJUSTE ENTRE SÍ)
ENFOQUE ESTÁTICO O ACTUAL (SOBRE DESEMPEÑOS ACTUALES)	Entiende los TFP como fallos en el proceso normal de comprensión y producción. Cohen y Rochester: las personas con esquizofrenia no tienen en cuenta las necesidades del oyente en la comunicación compartida y las que tiene más trastornos formales del pensamiento son las que peor se ajustan a estas necesidades (PIR95, 29).	Busca detectar los trastornos formales del pensamiento de familias de personas diagnosticadas de esquizofrenia. Existe una asociación clara entre pertenecer a una familia con una persona con esquizofrenia y manifestar trastornos formales del pensamiento subclínicos. En comparación con familias de pacientes maníacos, en el discurso de las familias de jóvenes con esquizofrenia falta compromiso con las ideas y dificultad para articularlas con claridad (PIR00, 20).
ENFOQUE GENÉTICO O EVOLUTIVO (SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL DESEMPEÑO)	No existen datos destacables desde esta perspectiva de estudio. Hipótesis: alteración en las vías nerviosas.	Interesado por el origen y la evolución de la esquizofrenia (Singer y Wynne) (PIR03, 111). Hipótesis: la desviación comunicacional de los padres influye en la aparición de TFP en los hijos que en el futuro padecerán esquizofrenia.

Tabla 3. Enfoques de estudio de la comunicación desviada y los trastornos formales del pensamiento.

	CARACTERÍSTICAS
INMODIFICABILIDAD, INCO-RREGIBILIDAD O FIJEZA (PIR01, 78)	Mantenimiento del delirio a lo largo del tiempo a pesar de las evidencias en contra.
INTENSIDAD O CONVICCIÓN	Grado de convicción que muestra el sujeto. Es muy variable, incluso dentro del mismo paciente.
AUSENCIA DE APOYOS CULTURALES	No se da una validación consensual.
PREOCUPACIÓN / IMPLICACIÓN EMOCIONAL	Noción particular de "relevancia para mí". Los pacientes con delirios están rumiando sus ideas. Las creencias normales no suelen preocuparles tanto.
IMPLAUSIBILIDAD (PIR02, 143)	Cualidad extravagante del delirio. ¡Ojo! Algunos delirios hablan de cosas plausibles (p. ej., celotipia). Efecto Martha Mitchell: el delirio acaba por convertirse en realidad (p. ej., en la celotipia, la pareja acaba por irse con otra persona).

Tabla 4. Dimensiones de los delirios.

	DELIRIOS	IDEAS OBSESIVAS (PIR93, 152)	IDEAS SOBREALORADAS (WERNICKE, 1900)
IMPLICACIÓN EMOCIONAL	Sí	Sí	Sí (PIR96, 114)
COMPRESIBILIDAD	No	Sí	Sí (PIR98, 110)
CONSENSO SOCIAL	No	Sí	Sí
TEMÁTICA SOCIAL	No	Sí	Sí
TEMÁTICA PERSONAL	Sí	Sí	No
REMISIÓN CON EL TTO.	Sí	Sí	No
MONOTEMÁTICO	Variable	Variable	Sí
RESISTENCIA CONTRA ELLA	No	Sí	No
CERTEZA	Absoluto	Variable	Variable

Tabla 5. Comparación de los delirios con otras creencias anómalas.

Dimensiones de los delirios (PIR95, 02; PIR96, 116)
(Ver tabla 4 en la página anterior)

Comparación de los delirios con otras creencias anómalas

Los delirios y otras creencias anómalas comparten algunas características que son necesarias conocer para llevar a cabo un correcto diagnóstico diferencial. Se resumen en la **tabla 5** (ver en la página anterior)

Clasificación de los delirios

Clasificación de los delirios según su forma

Jaspers (1913) realizó una división entre:

DELIRIOS PRIMARIOS O VERDADEROS	- Es la auténtica idea delirante, que surge de manera autóctona (no surge de una experiencia anómala que haya que explicarse) por lo que es primario, original e inderivable (PIR96, 112). - Es "incomprensible".
DELIRIOS SECUNDARIOS O IDEAS DELIROIDES	- Aparece de manera comprensible a partir de otros procesos mentales, en un intento por explicar una experiencia anómala (PIR95, 01). - Es "comprensible".

Tabla 6. Clasificación de los delirios de Jaspers.

Suptipos de delirios primarios, Jaspers (1975)

ATMÓSFERA DELIRANTE (PIR15, 152)	- Sensación subjetiva de que el mundo ha cambiado de manera sutil pero inquietante, terrorífico y difícil de definir. - Normalmente aparece junto a un humor delirante, mostrándose el paciente intranquilo, incómodo e incluso perplejo.
INTUICIÓN DELIRANTE (PIR98, 115)	- "De repente" el sujeto "entiende" el motivo. - Suele ser autorreferencial y con contenido relevante. - Difícil diferenciarlo de cualquier idea que aparece de forma repentina en nuestra cabeza.
PERCEPCIÓN DELIRANTE	- Se interpreta de manera delirante una percepción normal. - Por ejemplo, "descubre" que el color rojo de la comida es veneno.
RECUERDO DELIRANTE	- Un recuerdo real se reconstruye de manera delirante, o repentinamente el sujeto "recuerda" algo que es delirante. - Por ejemplo, de repente recuerda algo que su compañero de trabajo le dijo que iba a hacer el mes pasado.

Tabla 7. Suptipos de delirios primarios según Jaspers (1975).

Clasificación de los delirios según su contenido o tema
(Ver tabla 8 en la página siguiente)

Delirio en los trastornos mentales

Los trastornos del contenido del pensamiento pueden aparecer en trastornos psicológicos, neurológicos y orgánicos (como consecuencia del abuso de ciertas drogas, y como efecto secundario de ciertos fármacos).

El contenido suele ser diferente en unos trastornos que en otros; lo más frecuente es:

ESQUIZOFRENIA	Amor Grandeza Influencia Nihilista Persecución Referencia
PARANOIA	Persecución Referencia
DEPRESIÓN	Culpa Nihilista (PIR01, 79) Persecución Pobreza Referencia Somático
MANÍA	Grandeza Influencia Persecución

Tabla 9. Contenidos de los delirios en los distintos trastornos mentales.

Teorías explicativas de los delirios

Teorías clásicas

POSTURA FREUDIANA	Proyección como mecanismo de defensa que sustenta el delirio: atribución a otros de los sentimientos que son inaceptables para uno mismo.
POSTURA HEIDELBERG	Distinción entre delirios primarios y secundarios. Estudian la comprensibilidad/incomprensibilidad del origen de la idea delirante.
POSTURA DE BLEULER	Los delirios surgen por un debilitamiento de las asociaciones (en la esquizofrenia) o por la exageración del apego emocional a una idea (en la paranoia). En ambos casos, se rompe el equilibrio entre las cualidades formales del pensamiento y los afectos asociados.
POSTURA DE VON DOMARUS	Principio de Von Domarus: el delirio surge como consecuencia de un fracaso en el razonamiento silogístico (deductivo) (PIR98, 113).

Tabla 10. Teorías clásicas explicativas de los delirios.

DELIRIO DE SER CONTROLADO (PIR95, 03; PIR96, 115; PIR02, 146)	- El sujeto experimenta que sus sentimientos, impulsos, pensamientos o acciones no son propios sino que los vive como impuestos por alguna fuerza externa e irresistible. - Dentro de esta temática encontramos la alienación, el robo o la transmisión del pensamiento. Reed (1972) distingue entre "experiencia de pasividad" (cuando el paciente desconoce la naturaleza de esa fuerza externa) y "delirio de pasividad" (si explica de manera delirante el origen de tal fuerza).
IDEA DELIRANTE CORPORAL	- Temática centrada en el funcionamiento del propio cuerpo, y en juicios de valor extremos sobre el mismo. - También se incluyen en esta categoría las ideas delirantes hipocondríacas sobre modificaciones en el funcionamiento o estructura del cuerpo.
IDEA DELIRANTE DE CELOS	- Creencia delirante de que la pareja es infiel.
DELIRIO DE AMOR O SÍNDROME DE CLERAMBAULT	- Convicción de que alguna persona, generalmente importante, está enamorada de él (PIR99, 226).
IDEA DELIRANTE DE POBREZA	- Consiste en la convicción delirante de que ha perdido o perderá todas sus posesiones materiales.
IDEA DELIRANTE NIHILISTA	- Consiste en la creencia de la no existencia del yo o de alguna de sus partes, también de los demás o del mundo. - Una idea delirante corporal puede ser también nihilista si lo principal es la negación de alguna parte del cuerpo.
DELIRIO DE CULPA	- El sujeto se siente responsable de todo tipo de acontecimientos negativos.
IDEA DELIRANTE DE GRANDEZA	- El sujeto mantiene la idea exagerada de su poder, importancia, conocimiento o identidad propia. Puede adoptar una naturaleza religiosa, corporal, etc.
IDEA DELIRANTE EXTRAVAGANTE	- La temática es claramente irreal y absurda.
IDEA DELIRANTE DE REFERENCIA (PIR09, 38)	- Los sucesos, personas y objetos tienen un sentido particular, no usual y propio que gira en torno del sujeto, siendo generalmente de naturaleza negativa y peyorativa. - Cuando se forma un contenido persecutorio podemos referirnos al delirio de persecución . Por ejemplo, un paciente que cree que todos los políticos del país se ocupan diariamente de hablar de él y que a través de sus intervenciones en TV le envían órdenes que debe cumplir.
IDEA DELIRANTE PERSECUTORIA	- El contenido se centra en que el individuo es acosado, perseguido, engañado o víctima de una conspiración. - Garety y Freeman (2002) proponen un modelo explicativo de los delirios de persecución como resultado de la interacción entre experiencias anómalas, procesos emocionales y sesgos de razonamiento.
DELIRIO DE SOSÍAS O SÍNDROME DE CAPGRAS	- Creencia de que personas importantes de su entorno están siendo usurpadas por un impostor que tiene la misma apariencia física (PIR96, 113; PIR98, 114; PIR10, 93).
SÍNDROME DE FREGOLI	- Creencia de que personas percibidas como físicamente distintas son en realidad personas conocidas.

Tabla 8. Clasificación de los delirios según su contenido o tema.

Teorías actuales

DELIRIO COMO EXPLICACIÓN RACIONAL	- El delirio como producto de un razonamiento normal. - Teoría perceptiva (Maher) (PIR97, 78; PIR02, 144; PIR04, 218): • Las personas delirantes tienen problemas perceptivos primarios que generan experiencias anómalas que producen perplejidad, lo que lleva al sujeto a intentar buscar una explicación que se acompaña de alivio. • La búsqueda de una explicación es algo general en todos los delirios, por lo que todos los delirios son secundarios.
DELIRIO COMO ALTERACIÓN DEL PENSAMIENTO FORMAL	- Garety como máximo representante. - Sesgos de razonamiento que afectan a la formación de creencias: • Las personas que deliran buscan menos información antes de llegar a una conclusión. • Siguiendo el modelo bayesiano, los sujetos delirantes eran mejores razonadores que los normales, ya que los normales mantuvieron durante más tiempo hipótesis que ya se habían revelado como falsas.
TEORÍAS DE LA ATRIBUCIÓN	- Tendencia general de todos los individuos a realizar explicaciones causales de lo que sucede. • Ver tabla anexa sobre estilos atribucionales en pacientes delirantes vs. pacientes deprimidos.
TEORÍAS SOBRE EL CONTENIDO DE LOS DELIRIOS	- Berrios como máximo representante. - Influencia de factores personales y culturales en la temática delirante: por eso ciertos contenidos son tan frecuentes.

Tabla 11. Teorías actuales explicativas de los delirios.

	ESTILO ATRIBUCIONAL
PARANOIDES	Fracasos: atribuciones externas, globales y estables. Éxitos: atribuciones internas.
DEPRESIVOS	Fracasos: atribuciones internas, globales y estables. Éxitos: atribuciones externas.

Tabla 12. Teorías actuales explicativas de los delirios.

Factores de aparición y mantenimiento de los delirios

A continuación se describen los factores que influyen en la formación de delirios.

PERSONALIDAD	- Principalmente sensibilidad a la humillación y miedo a la pérdida de control, ya sea por constitución hereditaria o por factores adquiridos.
MANTENIMIENTO DE LA AUTOESTIMA	- Muy relevante en las ideas delirantes de grandiosidad y erotomaniacas. También es uno de los principales motivos de los delirios de referencia.
EL AFECTO	- En los delirios de referencia y persecución se observa la influencia de la emoción en el efecto del enfado, la envidia, la vergüenza y otras emociones.
EXPERIENCIAS INUSUALES	- Déficits sensoriales o perceptivos, despersonalización, etc.
SOBRECARGA COGNITIVA (PIR04, 229)	- Factores como la hipervigilancia, la activación excesiva o la concentración prolongada.
VARIABLES INTERPERSONALES	- Como las habilidades sociales, en especial la capacidad para comprender la motivación de los otros o teoría de la mente.
VARIABLES SITUACIONALES	- Es especial el aislamiento sensorial, así como los cambios culturales drásticos.
DISFUNCIONES CEREBRALES	

Tabla 13. Factores que influyen en la aparición de los delirios.

A continuación se describen los factores que influyen en el mantenimiento de los delirios.

LA INERCIA PARA MANTENER LAS CREENCIAS	- Los individuos que deliran no modifican sus creencias delirantes por otras más ajustadas porque para ellos las primeras explican mejor sus experiencias.
LA INFLUENCIA EN LA CONDUCTA Y LA PROFECÍA AUTOCUMPLIDA	- Los delirios, al igual que pasa con otras creencias, influyen en la conducta y pueden modificarla en el sentido del delirio, lo que a su vez provoca una respuesta congruente en el medio que finalmente confirma la creencia.
SESGOS EN LAS ATRIBUCIONES (PIR00, 210; PIR05, 17)	- Se usan estrategias poco óptimas (p. ej., sesgo confirmatorio: verificación en lugar de las de falsación). - Esto implica que los delirios no se autocorrijan, al menos mientras se mantiene la experiencia extraña que se intenta explicar o no aparezca una explicación mejor.
SESGO DE RAZONAMIENTO	- Los trastornos formales del pensamiento interaccionan con los delirios. - Se ha observado que el deslizamiento cognitivo de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia aumenta cuando se habla con ellos de sus delirios.

Tabla 14. Factores que influyen en el mantenimiento de los delirios.

Resumen de los puntos principales

PSICOPATOLOGÍA DEL PENSAMIENTO

TRASTORNOS FORMALES (PIR94, 196; PIR03, 120)	TRASTORNOS DEL CONTENIDO
Trastornos del razonamiento	Trastornos de las creencias
Pobreza del habla o habla lacónica Pobreza del contenido del habla Presión del habla Habla distraída Tangencialidad Descarrilamiento Incoherencia Illogicidad Resonancias Neologismos Aproximaciones a palabras Circunstancialidad Pérdida de meta Perseveración Ecolalia Bloqueo Habla afectada Autorreferencia	Dimensiones: Inmodificabilidad, incorregibilidad o fijeza Intensidad o convicción Ausencia de apoyos culturales Preocupación Implausibilidad
TEORÍAS	
Enfoque individual: Estático Genético	Teorías clásicas: psicoanálisis, Escuela de Heidelberg, Bleuler y Von Domarus
Enfoque interaccional: Estático (sincrónico) Genético (diacrónico)	Teorías actuales: Teoría perceptiva (Maher) Delirio como alteración del pensamiento formal (Garety)

TEMA 8 PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE

8.1. Introducción

Trastorno del lenguaje (definición)

Deterioro o desarrollo deficiente de la comprensión y/o utilización de un sistema de símbolos hablados, escritos u otros, incluyendo la morfología, la sintaxis, la semántica y la pragmática. Por tanto, los niveles que actualmente se usan para la organización lingüística son el fonológico, semántico, sintáctico y pragmático, superando la división clásica en torno a tareas globales como la lectura, el habla, la escritura o la comprensión auditiva.

Clasificación según su etiología

ORGÁNICA (POR ALTERACIÓN EN SN)	FUNCIONAL (SIN ALTERACIÓN EN SN)	ALTERACIONES SECUNDARIAS
Afasia Anartria Alexia Agrafia Disfasia adquirida Disartria Hipoacusia Audiomudez	Retraso simple del habla Disfasia evolutiva Dislexia evolutiva Dislalia funcional Disfemia o tartamudez (espasmofemia) Disfonía	Aparecen en otros trastornos como en el retraso mental, el autismo, la epilepsia, etc.

Tabla 1. Clasificación de los trastornos del lenguaje según su etiología.

8.2. Afasias

Definición

Afemia (definición de Broca)

Anomalías del lenguaje que consiste en pérdidas del habla secundarias a lesiones en el lóbulo frontal izquierdo. El término afemia fue sustituido posteriormente por el de afasia (Armand Trousseau).

Afasias (definición)

Trastornos del lenguaje que se producen como consecuencia de una lesión cerebral (PIR01, 13). Esta lesión es de carácter focal y no difuso. Por tanto, son trastornos adquiridos en personas adultas que anteriormente dominaban el lenguaje.

Criterios de evaluación de Boston (Goodglass y Kaplan) (Ver tabla 2 en la página siguiente)

Clasificación de las afasias

En la actualidad las afasias se clasifican en corticales y subcorticales, dependiendo de la localización de la lesión (Goodglass y Kaplan).

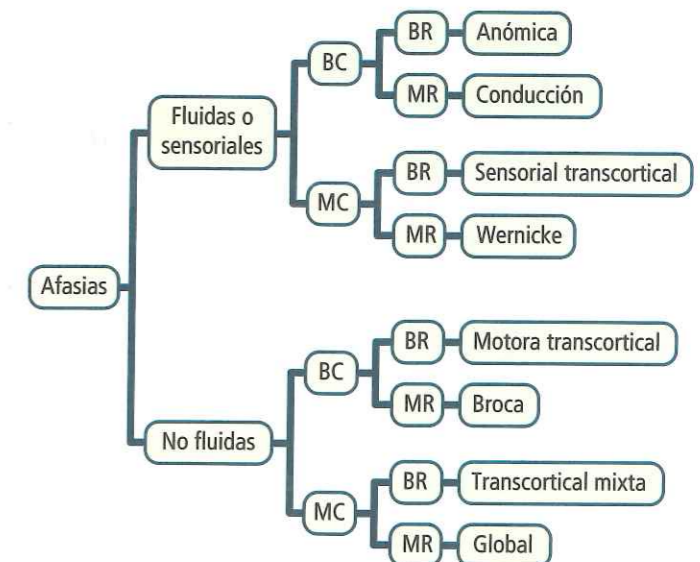
AFASIAS CORTICALES	Afasia de Broca Afasia de Wernicke Afasia de conducción Afasia anómica Afasia motora transcortical Afasia sensorial transcortical Afasia global
AFASIAS SUBCORTICALES	Afasia anterior capsular/putaminal Afasia posterior capsular/putaminal Afasia global capsular/putaminal Afasia talámica

Tabla 3. Clasificación de las afasias.

Principales síndromes afásicos corticales

Como regla general hay que recordar que en las afasias de afectación motora (prototipo: Broca) existe una dificultad principal de producción con la comprensión conservada, y lo contrario ocurre en las afasias de afectación sensorial (prototipo: Wernicke) en las que la dificultad principal está en la comprensión, manteniéndose conservada la producción.

A continuación se presentan resumidas en un esquema:



B: Buena, M: Mala, C: Comprensión, R: Repetición.

Figura 1. Principales síndromes afásicos corticales.

Ahora veremos, una a una, las características de cada tipo de afasia:

ARTICULACIÓN	- Si existe un déficit articulatorio afásico los sujetos son incapaces de articular cualquier sonido del habla, ni siquiera en imitación.
FLUIDEZ VERBAL	- Hace referencia a la tasa de emisión verbal. - Se suelen distinguir afasias fluidas (o sensoriales) y no fluidas , en estas últimas se produce una fluidez verbal baja.
BÚSQUEDA DE PALABRAS	- Los problemas que se dan en los afásicos tienen que ver con la búsqueda de palabras con significado, por lo que a veces pueden usar palabras parecidas semánticamente. - Anomia : dificultad para nombrar objetos (PIR04, 219; PIR05, 235).
AGRAMATISMO	- Alteración en las relaciones gramaticales (PIR02, 145). Incapacidad para elaborar frases sintácticamente correctas. - Suele ir acompañado de dificultades para el uso de los tiempos verbales y principalmente, para el uso de palabras funcionales o partículas gramaticales.
PARAFASIA	- Producción no intencional de sílabas, palabras o frases, correctamente articulados, durante el habla (PIR98, 105; PIR03, 116). • Parafasia literal o fonémica : si la sustitución es de sílabas. • Parafasia verbal : si lo que se sustituyen son palabras: - Semánticas: cambio por el significado. - Nominales: cambios por el sonido. - Aleatorias: sin relación. - Hay que diferenciarla de los circunloquios que se realizan intencionalmente para rodear un bloqueo.
REPETICIÓN	- Repetición de expresiones del habla oídas. - En general los afásicos tienen conservada esta capacidad. La anomalía en la repetición puede estar relacionada con alteraciones en la comprensión o en la articulación, así como deterioros a nivel periférico.
COMPRESIÓN AUDITIVA	- Sordera para las palabras : el sujeto puede ignorar palabras del discurso como si se lo dijeran en un idioma desconocido. En ocasiones el sujeto puede comprender palabras solas pero no dentro de una frase. - Puede darse aunque el córtex auditivo esté intacto.

Tabla 2. Criterios de Boston para la evaluación de las afasias (Goodglass y Kaplan).

- Afasia anómica amnésica o cortical:

- Característica básica: Anomia o dificultad para encontrar palabras. Resto conservado, salvo por la presencia de circunloquios para superar las anomias.
- Localización: No está clara, se señalan las áreas 37-39 de Brodmann.

- Afasia de conducción:

- Característica básica: La comprensión está conservada pero la repetición se encuentra alterada, por lo que el paciente comprende lo que se le pide pero es incapaz de repetirlo porque existe una lesión en el fascículo que conecta las áreas de comprensión con las de repetición.
- Subtipos clínicos:
 - Aferente: Con dificultades en la comprensión.
 - Eferente: Sin dificultades en la comprensión.
- Localización: Lesión parietal de la región insular y del fascículo arqueado, áreas 22 y 44.

- Afasia sensorial-transcortical:

- Característica básica: Tiene un patrón similar al de la afasia de Wernicke (que veremos a continuación), es decir, lenguaje fluido y con dificultades en la comprensión, anomia, pero con la repetición conservada.
- Localización: Lesión del área inferior de la unión temporo-parietal-occipital, rodeando a la cisura de Silvio (áreas 37-39 de Brodmann).

- Afasia de Wernicke (afasia sensorial, receptiva, acústica y sintáctica) (PIR98, 257; PIR99, 75):

- Característica básica: Mala comprensión auditiva del lenguaje (**PIR99, 223; PIR03, 112**). Se produce un fallo tanto en la comprensión como en la repetición, así como anomia, debido a que el sujeto no es capaz de aislar las características significativas de los fonemas. El sujeto presenta anosognosia (no se da cuenta de que se equivoca), por lo que pueden aparecer parafasias semánticas y neologismos. La fluidez es normal o incluso excesiva (lenguaje prolijo).
- Localización: Lesión en la primera circunvolución temporal superior izquierda, sector posterosuperior (área 22).

	AFASIAS	SINÓNIMOS (VER CORRESPONDENCIAS LURIA)	ÁREA LESIONADA (BRODMANN)	CARACTERÍSTICAS
Fluidas	Anómica	Anómica amnésica y nominal	37-39	Fluidez y circunloquios ocasionales por anomia
	Conducción	Tipos: Aferente: con límites en la comprensión Eferente: sin límites en la comprensión	Fascículo arqueado que conecta las áreas 22 y 44	Muy deteriorada la comprensión
	Sensorial transcortical		37 y 39	Fluidez y repetición normales Anomia
	Wernicke	Sensorial, receptiva, central, acústica y sintáctica	22	Mala comprensión auditiva Pobre repetición y anomia
No fluidas	Motora transcortical		45	Fluidez reducida en la emisión espontánea Anomia
	Broca	Verbal, no fluida, motora, expresiva, motora eferente, anterior, frontal	44 y 45	Agramatismo Buena comprensión Pobre repetición
	Transcortical mixta	Síndrome de aislamiento del lenguaje	Lesiones frontoparietales sin afectar Broca ni Wernicke	Pobre fluidez en la repetición espontánea (frecuentemente ecológica)
	Global	Total	Daño masivo del hemisferio izquierdo	Alteración severa en comprensión y bloqueo total en la articulación

Tabla 4. Cuadro resumen de las principales afasias.

- Afasia motora-transcortical:

- Característica básica: Disminución excesiva de la iniciativa para conversar, aunque en la comprensión, la denominación y la repetición no presenta alteraciones. Además muestra anomia, ecolalia, palilalia y perseveraciones.
- Localización: Lesión en el área 45 (frontal, anterior o medial).

- Afasia de broca:

- Característica básica: **Agramatismo (PIR95, 09; PIR08, 60; PIR09, 55)** y falta de fluidez verbal. Buena comprensión con incapacidad para la repetición. El paciente presenta una expresión verbal monótona, telegráfica y con estereotipias.
- Localización: Lesión en la parte posterior de la tercera circunvolución frontal izquierda, áreas 44 (**PIR**) y 45 de Brodmann que se corresponden con la pars opercularis y la pars triangularis.

- Afasia transcortical mixta (o síndrome de aislamiento del lenguaje):

- Característica básica: Alteración en la comprensión y expresión del lenguaje tanto oral como escrito. Fluidez en la repetición pero muy reducida la emisión espontánea, y con frecuencia la repetición es ecológica. Es capaz de completar frases sobreaprendidas si se le proporcionan las primeras palabras de la misma.
- Localización: Lesiones frontoparietales que no involucran las áreas de Broca y de Wernicke.

- Afasia global o total:

- Característica básica: Bloqueo total en la articulación y un deterioro importante en la comprensión. Además, la escritura está limitada como máximo a la firma o la copia. Suele ir acompañada de hemiplejía, apraxia ideomotora e ideatoria y déficit intelectual.
- Localización: Daño masivo en el hemisferio izquierdo.

(Ver tabla 4)

Principales síndromes afásicos subcorticales

Se caracterizan por ser cuadros de naturaleza variada, pueden ser fluidas o no fluidas, y transitorias.

- Tipos:

- **Talámicas:** Se presentan con parafasias e hipofonía.
- **Cápsulo-putaminales:**
 - Lesión antero-superior a la sustancia blanca adyacente: Parafasia y dificultad en la articulación.
 - Lesión posterior a la sustancia blanca adyacente: Comprensión y repetición pobre.
 - Lesión antero-superior y posterior: Afasia global subcortical.

Afasia pura

Definición: descritas por Goodglass y Kaplan, representan un grupo de afasias que se caracterizan por la afectación de sólo una modalidad (aférente o eférente), mientras que el resto del lenguaje se mantiene intacto. Son las siguientes:

- **Afasia motora transcortical** (o afemia):
 - Característica: Imposibilidad de emitir sonidos del lenguaje ya sea espontáneamente o por repetición; sin embargo, el individuo puede emitir sonidos aunque no tengan relación con el lenguaje.
 - Localización: Lesión subcortical de las vías que unen el área de Broca y el sistema fonatorio periférico. No hay daño en el área cortical del lenguaje.
- **Afasia sensorial transcortical** (sordera verbal pura):
 - Característica: Pérdida total de la comprensión auditiva sin afectar ni a la emisión del lenguaje, ni a la lectura o la escritura. El individuo reacciona ante los sonidos pero no diferencia los sonidos de los propios del lenguaje.
 - Localización: Lesiones que destruyen las áreas primarias auditivas corticales (circunvolución de Heschl) y las fibras subcorticales que llevan la información a las áreas de asociación auditiva. El área de Wernicke se mantiene intacta.
- **Alexia pura** (o ceguera mental pura):
 - Característica: El individuo puede escribir, pero es incapaz de leer lo que ha escrito debido a que el área del lenguaje ha quedado aislada de las aferencias visuales. Es la más frecuente de las afasias puras.
 - Localización: Lesión de la corteza visual del hemisferio izquierdo que se extiende hasta el esplenium del cuerpo caloso.
- **Agrafia pura:**
 - Característica: Alteración severa de la escritura y el deletreo, con mínima afectación en la lectura.
 - Localización: Lesiones en la circunvolución angular.

Clasificación de Luria (Ver tabla 5)

8.3. Disfasias infantiles

Disfasia evolutiva

Definición

Trastorno específico del lenguaje que se presenta en un niño de inteligencia normal, y que repercute tanto a la comprensión como a la expresión del mismo. No es secundario a otra patología.

Anteriormente **también se llamó** afasia congénita o evolutiva, retraso idiopático del lenguaje, alalia congénita o idiopática, etc. En el momento actual, se utiliza la denominación de Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) o, en menor frecuencia, Trastorno Específico del Desarrollo del Lenguaje (TEDL).

Etiología (hipótesis)

- Daño cerebral: Patrón de desarrollo alterado, peor pronóstico.
- Retraso madurativo: Patrón de desarrollo normal pero retrasado.

Afecta más a niños que a niñas en una proporción variable de 2-5 niños por cada niña.

Afectación de los distintos niveles del desarrollo del lenguaje en la disfasia evolutiva (Ver tabla 6 en la página siguiente)

Subtipos

- **Afasia evolutiva expresiva:** Alteración en la producción del habla. Suele existir mayor deseo comunicativo.
- **Afasia evolutiva receptiva:** Alteración en la recepción de la información verbal en ausencia de pérdida auditiva. Suele existir menos deseo comunicativo. Asociada a trastornos emocionales y de conducta.

	CARACTERÍSTICA PRINCIPAL	LESIÓN	CORRESPONDENCIA
SEMÁNTICA	Alteración de la selectividad verbal	Temporo-parieto-occipital izquierda	Afasia anómica
MOTORA AFERENTE	Alteración cinestésica del habla (fallo en los articulemas) (PIR95, 08)		Afasia de conducción
ACÚSTICO-MNÉSICA	Alteración en la memoria verbal de las palabras	Temporal	Afasia sensorial-transcortical
ACÚSTICO-AGNÓSICA	Alteración de la audición fonémica (relación sonido-fonema) (PIR02, 131)	Área 22	Afasia de Wernicke
DINÁMICA	Alteración del habla espontánea coherente	Frontal post y frontotemporal	Afasia transcortical
MOTORA EFERENTE	Alteración en la capacidad de articulación de las palabras	Área 44	Afasia de Broca

Tabla 5. Clasificación de las afasias de Luria.

ÁMBITO DE DESARROLLO	CARACTERÍSTICAS
Fonológico	Retrasado pero sin alteraciones
Semántico	Considerable retraso pero con un patrón similar al de los niños normales
Sintáctico	Depende del nivel de desarrollo semántico alcanzado
Pragmático	Retrasado pero no incompetente
Cognitivo	Secuencia temporal auditiva alterada

Tabla 6. Afectación de los distintos niveles del desarrollo del lenguaje en la disfasia evolutiva.

Disfasia adquirida

Definición

Pérdida del lenguaje ya adquirido (PIR10, 37).

Etiología

Daño cerebral o la aparición de un trastorno convulsivo.

Criterio temporal

Debe diagnosticarse entre los 3 y los 10 años. Antes puede considerarse una disfasia evolutiva y más tarde puede considerarse una afasia (PIR).

Suponen un porcentaje muy pequeño de las disfasias infantiles y se distribuyen por igual en ambos sexos (PIR).

En estas disfasias tempranas pueden ser recuperables (mayor plasticidad del cerebro infantil) y la función del lenguaje puede que finalmente se desarrolle, en cuyo caso suelen quedar secuelas temporales:

- Hipoproduktividad: Que se manifiesta por una reducción notable del uso del lenguaje o, incluso, ausencia total del habla.
- Supresión de la comunicación gestual y del uso del lenguaje escrito.

8.4. Dislalias infantiles y retraso simple del lenguaje

Dislalias infantiles

Definición

Dificultad para articular fonemas, sílabas o palabras, como consecuencia de alteraciones orgánicas (p. ej., malformaciones orgánicas como labio leporino, o por déficit auditivos) o funcionales (las más frecuentes) (PIR97, 79; PIR10, 41).

Se **diferencia de la disartria** en que, en ésta, la dificultad de la articulación y expresión del habla debida a trastornos del tono y del movimiento de los músculos que controlan la articulación es consecuencia de lesiones del sistema nervioso central y/o periférico (PIR15, 150).

La dislalia es el trastorno del lenguaje más frecuente en niños y el que mayor número de consultas provoca. Se recomienda abordar el problema a partir de los 4 años (logopedia). La dis-

lalia puede favorecer la aparición de conductas desadaptativas como timidez y disminuir las relaciones sociales del niño.

Tipos de errores de articulación en la dislalia

- Sustituciones: Cambiar un sonido consonante correcto por otro incorrecto (en lugar de "quiero", "quiedo").
- Distorsiones: Sonidos que no se derivan directamente de una sustitución definida y son el resultado de una mutilación, falta de claridad o descuido que generan un sonido débil o incompleto.
- Omisiones: Se omite un sonido totalmente de una palabra ("tonces" en lugar de "entonces").
- Inserciones: Se inserta o se agrega un sonido que no se corresponde con una palabra.

Los fonemas con los que se dan más dificultades son la "r" doble y simple, y los grupos consonánticos de la "r" y la "l", porque implican una mayor discriminación auditiva y porque son los últimos que se adquieren en el desarrollo evolutivo.

Retraso simple del lenguaje

Definición

Ausencia de presentación del habla a la edad usual sin que exista una causa patológica manifiesta. Además, no es secundaria a otra patología y el niño presenta un nivel intelectual normal.

Se recomienda la intervención a partir de los tres años.

Se **diferencia de la disfasia evolutiva** por su gravedad: en la disfasia evolutiva está retrasado todo el lenguaje (es más complicado establecer la diferencia con la disfasia tipo expresiva, aunque en general la dificultad comunicativa suele ser mayor).

8.5. Disfemia o tartamudez

Definición

Definición

Trastorno prosódico (PIR) que produce un patrón de habla alterado en el que predomina la falta de ritmo y fluidez, que se acompaña de particulares formas de acentuación y entonación, de una duración excesiva de tensión silábica y de una distribución anómala de las pausas, produciendo como consecuencia una producción del habla más lenta (PIR01; 47; PIR01, 80).

Es más frecuente en niños que en adultos, existiendo diferencias en función del sexo, siendo la proporción entre varones y mujeres de 5/1. Con gran variabilidad interindividual (PIR93, 160).

Conceptos relacionados

- **Taquifemia o farfullero:** Rapidez excesiva de la palabra, omisión de sílabas y sonidos y articulación imprecisa de fonemas.
- **Disartria (PIR15, 150):** Trastorno de la articulación debido a una lesión en el sistema nervioso periférico o central, que provoca anomalías en el tono o movimiento de los músculos fonadores).
- **Logoclonia:** Repetición de una sílaba (PIR99, 225).

Recuerda...

Los conceptos de disartria, farfullero y logoclonia entran con frecuencia en el examen PIR, no directamente pero sí lo podremos ver en las opciones de relleno a marcar, por lo que es importante recalcarlas.

Por su parte, **Stournaras (1987)** define el cuadro en función de cuatro componentes:

COMPONENTE VERBAL-MOTOR	Alteraciones articulatorias del propio trastorno como repeticiones o bloqueos. Puede darse junto otras actividades motoras que provoca la apariencia de sobreactivación motora mientras el sujeto habla.
COMPONENTE EMOCIONAL	Va desde la tensión general que se acompaña de respuestas fisiológicas como aumento de la tasa cardíaca y la bajada de la tasa respiratoria, hasta emociones negativas como miedo, ansiedad, vergüenza y sentimientos de inferioridad.
COMPONENTE COGNITIVO	Hace referencia a aspectos como la autoestima que disminuye llegando el sujeto a considerarse incapacitado para relacionarse con los demás. También se producen actitudes negativas hacia la tartamudez, el habla y la comunicación en general.
COMPONENTE COMUNICATIVO	Es el componente interpersonal, que se caracteriza por una interacción comunicativa anómala. El tartamudeo aparece solo cuando el individuo está en presencia de otros.

Tabla 7. Componentes de la disfemia (Stournaras, 1987).

Fenómenos que se producen en la tartamudez en relación con la lectura de textos (Fiedler y Standop, 1984)

- **Efecto de consistencia:**
Tendencia a tartamudear siempre que se debe repetir la lectura de un mismo texto, aunque entre las sesiones pase semanas. La magnitud de la consistencia es proporcional a la gravedad del trastorno y puede deberse a las expectativas que tiene el individuo.
- **Efecto de adaptación:**
Describe la disminución de la frecuencia del tartamudeo al repetir la lectura de un texto conocido, y se produce una recuperación espontánea de la tartamudez.

Clasificaciones

En función de la fluidez

TÓNICA	CLÓNICA (PIR08, 53)	MIXTA
Se manifiesta por espasmos al iniciar el discurso (PIR97, 80; PIR10, 42)	Aparece tanto al inicio como en el curso de la frase	Con espasmos tónicos y clónicos durante el discurso
El sujeto lo vence por la fuerza y después es capaz de expresarse	Se producen pequeños espasmos que producen en la emisión la repetición de uno o varios fonemas	Representa un caso de tartamudez severa

Tabla 8. Tipos de disfemia según su fluidez.

En función de la duración del trastorno

EVOLUTIVA	BENIGNA	PERSISTENTE
Inicio entre los 3 y los 5 años Remisión en meses	Inicio a los 7 años Duración de 2 a 3 años	Inicio entre los 3 y los 8 años (PIR93, 161) Se cronifica

Tabla 9. Tipos de disfemia según su duración.

8.6. Alteraciones del lenguaje en trastornos mentales

(Ver tabla 10 en la página siguiente)

AUTISMO	- Sea cual sea el nivel de competencia sintáctica y semántica, su competencia pragmática es menor (PIR93, 159). - Anomalías principales: • Habla más egocéntrica que socializada. • Habla en forma de monólogo. • No siguen los postulados conversacionales de cortesía (p. ej., interrumpen al hablante). • Disminución de gestos y expresiones faciales comunicativas.
RETRASO MENTAL	- Se produce un retraso en el desarrollo mas que una alteración global del lenguaje (PIR09, 57). - El desarrollo pragmático es mejor que el sintáctico y el semántico.
PARÁLISIS CEREBRAL	- Pueden presentar alteraciones graves del habla. - Si se debe a una lesión temprana, el hemisferio no dominante puede asumir las funciones del lenguaje tras la lesión.
DEFICIENCIAS SENSORIALES	- Ceguera: retraso en la adquisición del lenguaje, ecolalia y periodo de interrogación aumentado. - Sordera: problemas para aprender a hablar de forma inteligible.
DEPRIVACIÓN SOCIAL	- Retraso grave o carencia total del habla (p. ej., niños salvajes).
ESQUIZOFRENIA	- El lenguaje esquizofrénico es similar al de los sujetos con afasia de Wernicke (paragramatismo) (PIR05, 115; PIR06, 111). - No se puede hablar de un déficit lingüístico específico, pero pueden aparecer todas las alteraciones descritas por Andreasen . - Más problemas de producción que de comprensión. - Problemas de lenguaje asociados a déficits en los procesos de control central. - Alteraciones reversibles si acompañan a síntomas positivos y más crónicas si acompañan a síntomas negativos.
DEPRESIÓN	- No hay problemas de comprensión ni de producción (PIR07, 81).
MANÍA (PIR94, 198)	- Juegos de palabras, logorrea, fuga de ideas... que remiten cuando cede el episodio maniaco. (PIR05, 113).
HISTERIA DE CONVERSIÓN	- Disfonía psicógena sobre todo en pacientes cuyas profesiones exigen el uso de la voz (p. ej., maestros).

Tabla 10. Alteraciones del lenguaje en trastornos mentales.

Resumen de los puntos principales

CARACTERÍSTICAS DE LOS PRINCIPALES CUADROS AFÁSICOS

CARACTERÍSTICAS	AFASIA MOTORA	AFASIA SENSORIAL
Prototipo	Broca	Wernicke
Producción	Alterada	Conservada
Comprensión	Conservada	Alterada
Afectación principal	Agramatismo	Comprensión auditiva

AFASIA: PRINCIPALES DIMENSIONES DE EVALUACIÓN

- Articulación
- Fluidez verbal
- Búsqueda de palabras
- Agramatismo
- Parafasias
- Repetición
- Comprensión auditiva

PRINCIPALES SÍNDROMES AFÁSICOS

AFASIAS CORTICALES (Benson y Geschwind, 1971)	LURIA	FLUIDEZ	COMPRENSIÓN	REPETICIÓN
Anómica	Semántica	Normal	Normal	Normal
Conducción	Motora aferente	Normal	Normal	Alterada
Sensorial transcortical	Acústico-amnésica	Normal	Alterada	Normal
Wernicke	Acústico-agnósica	Normal	Alterada	Alterada
Motora transcortical	Dinámica	Alterada	Normal	Normal
Broca	Motora eferente	Alterada	Normal	Alterada
Transcortical mixta		Alterada	Alterada	Normal
Global		Alterada	Alterada	Alterada

TEMA 9

PSICOPATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD

9.1. Introducción

Afectividad (definición)

Conjunto de estados y tendencias que el sujeto experimenta de manera propia e inmediata (subjetividad), que tiene influencia en toda su personalidad y comportamiento (trascendencia), en especial en su expresión (comunicatividad), y que normalmente se distribuye en polos dicotómicos (polaridad), como placer/dolor, agradable/desagradable, alegría/tristeza, etc.

Conceptos relacionados

- Emoción:

Respuesta afectiva interna que va acompañada de experiencias somáticas (por lo general vegetativas) y que se producen de forma brusca en respuesta a una experiencia interna o externa.

Son sentimientos intensos, de duración breve y de aparición brusca (p. ej., miedo o sorpresa).

- Sentimiento:

Estado afectivo complejo y estable, que perdura en el tiempo y que es menos intenso que las emociones.

Es la experiencia subjetiva de la emoción, no va acompañado de síntomas somáticos (p. ej., orgullo o celos).

- Afecto:

Respuesta emocional que se origina en el momento presente y se objetiva mediante la expresión facial.

Es un sentimiento subjetivo que va acompañando a una idea o a una representación mental (p. ej., irritabilidad o tristeza).

- Humor:

Estado emocional basal del individuo que se equipara con el estado de ánimo.

Es la emoción persistente y mantenida de forma subjetiva, y que puede ser observada por los otros.

Puede ser espontáneo o ir precedido de estímulos, ya sean internos o externos.

9.2. Alteraciones de la afectividad

(Ver tabla 1 en la página siguiente)

SÍNTOMAS	DEFINICIÓN	TRASTORNOS EN LOS QUE SE DA
Alegría patológica o paratimia positiva	Variante patológica del humor en la que el sujeto se mantiene en un estado eufórico e hiperactivo característicos.	Episodio maníaco Cuadros orgánicos (moria)
Tristeza patológica o paratimia negativa	Variante patológica del humor en la que el sujeto se siente especialmente apenado o triste.	Episodio depresivo
Angustia patológica	Estado emocional en el que el individuo se encuentra tenso, con temor y alarma de manera desagradable, junto con un intenso componente somático (signos de crisis de pánico).	Estados de ansiedad
Indiferencia o frialdad afectiva	Incapacidad del sujeto de experimentar reacciones afectivas al relacionarse con el exterior. Suele aparecer junto a apatía y falta de reactividad emocional (PIR07, 77; PIR10, 47).	Esquizofrenia TP "Belle indifferene" Cuadros org.-cerebrales Cuadros endocrinos
Embotamiento	Ausencia de reacciones afectivas significativas, que se da incluso ante situaciones biográficas de trascendencia para el sujeto (PIR07, 70). Se considera un mecanismo psicológico que tiene la función "anestésico" para evitar sentimientos de dolor y de miedo que son intolerables.	Esquizofrenia Situaciones estresantes
Anhedonia	Disminución o desaparición de la capacidad para experimentar placer, en situaciones que anteriormente sí lo desencadenaban (PIR15, 184; PIR).	Esquizofrenia Episodio depresivo
Paratimia o inadecuación afectiva	Afectividad no adecuada al contexto en el que se produce. Está compuesto por la vivencia afectiva y su expresión externa.	Esquizofrenia defectual Cuadros org.-cerebrales
Labilidad afectiva	Cambios bruscos afectivos, que no suelen tener relación con estímulos externos y que afecta principalmente a la expresión.	Demencias Cuadros pseudobulbares
Ambivalencia o ambitimia	Se dan al mismo tiempo sentimientos positivos y negativos respecto a un mismo objeto, vivencia o representación mental.	TP Situaciones estresantes
Incontinencia	Falta de control afectivo, en el que existen estados afectivos o emociones que surgen de manera exagerada en el tiempo, tanto por su intensidad como por su falta de control por parte del sujeto. Afectos y estímulos muy superficiales motivan intensas emociones que se manifiestan en la mímica y en la gesticulación.	Episodios mixtos del trastorno bipolar Cuadros orgánico-cerebrales
Distimia	Humor crónicamente deprimido, con fluctuaciones y cambios.	Distimia
Disforia	Actualmente no se considera síntoma sino síndrome. Malestar general, específicamente a un estado de ánimo depresivo, junto con ansiedad e inquietud.	Trastorno de la identidad sexual
Aprosodia	Alteraciones del lenguaje afectivo (localizado en hemisferio no dominante), tanto en la prosodia como en la modulación emocional.	Parkinson Lesiones en el hemisferio derecho
Alexitimia	Falta de palabras para describir los afectos que el sujeto experimenta (PIR93, 163; PIR10, 48).	Trastorno por dolor
Neotimia	Sentimientos de nueva aparición, como "la vivencia de detención del tiempo". Han sido denominados "estados afectivos de excepción" y "reacciones afectivas suprapersonales".	Psicosis Epilepsia Tóxicos
Rigidez afectiva	Pérdida de capacidad para modular el estado afectivo, ya que el individuo experimenta emociones y sentimientos fijos y persistentes que no varían en función de las circunstancias ambientales (PIR01, 81).	Esquizofrenia Episodio maniaco Episodio depresivo
Apatía	Ausencia o pérdida de interés y motivación por las cosas.	Episodio depresivo Esquizofrenia
Abulia	Impotencia para hacer obrar la voluntad, tomar una decisión o cumplir un acto deseado y reconocido como necesario para el individuo.	Episodio depresivo Esquizofrenia

Tabla 1. Alteraciones de la afectividad.

TEMA 10 TRASTORNOS PSICOMOTORES

10.1. Introducción

Psicomotricidad (definición)

Interacción de la acción con las experiencias afectivas y cognitivas. Se diferencia de la motricidad en que esta última hace referencia únicamente a la función muscular física.

Componentes de la psicomotricidad

El tono muscular (variable a lo largo de la vida) y la armonía cinética (permite la continuidad de los movimientos en el espacio-tiempo).

Evaluación de la psicomotricidad

Para evaluar posibles alteraciones psicomotoras, debemos prestar atención a:

- **Motórica general:** Movimientos tanto espontáneos como inducidos que se producen en distintos contextos.
- **Expresión facial:** Nos comunica las vivencias del individuo.
- **Características del habla:** El tono, la velocidad, el ritmo, la duración de las frases, los silencios, etc., también nos proporcionan información sobre el estado psicomotor.

10.2. Trastornos psicomotores

TRASTORNOS PSICOMOTORES	
Acinesia	Apraxias
Estupor	Manierismos
Agitación psicomotora	Tics
Inquietud psicomotora	Acatisia
Temblores	Automatismos
Convulsiones	Atetosis
Catatonia	Corea
Estereotipias	Balismo
Espasmos	Adidocinesia
Discinesias	

Tabla 1. Trastornos psicomotores.

Acinesia

Definición

Trastorno del movimiento caracterizado por la hipoactividad o ausencia total de actividad motora y psíquica, o debido a una parálisis muscular. Suele acompañarse de una falta de expresión facial. Es el nivel más grave de carencia de movimiento (PIR04, 220).

Aparece en

Esquizofrenia, depresión y como síntoma secundario de los fármacos antipsicóticos.

Estupor

Definición

Síndrome de reducción psicomotora caracterizado por la acinesia y la hipocinesia (estado alterado de conciencia en el que predomina la ausencia o reducción de respuesta). En este estado, se paralizan las funciones de la relación y aparece mutismo, siendo necesaria una estimulación muy intensa para salir de este estado.

Clasificación según su etiología

ESTUPOR REACTIVO	ESTUPOR CATATÓNICO	ESTUPOR DEPRESIVO	ESTUPOR NEUROLÓGICO
En respuesta a una situación estresante grave, por una falta de recursos psicológicos para hacerle frente de forma adaptativa.	Es propio de la esquizofrenia catatónica. Aparece junto a angustia, perplejidad, respuesta de sobrecogimiento y rigidez.	Principalmente se da en las depresiones psicóticas. Se da junto con perplejidad, intensa angustia, culpa y total incapacidad para la toma de decisiones.	Es el que aparece en la encefalitis, epilepsia e intoxicaciones por drogas. Se produce una reducción o ausencia de respuestas verbales o motoras a la estimulación.

Tabla 2. Clasificación del estupor según su etiología.

En los tres primeros casos, se produce una menor alteración del EEG, así como ausencia de síntomas neurológicos y conservación de nistagmus tras estimulación oculo-vestibular (lo que no ocurre en el estupor de origen neurológico).

Agitación e inquietud psicomotoras

Agitación psicomotora (definición)

Hiperactividad motora, que se manifiesta por una sucesión de gestos, movimientos y conductas que el individuo realiza rápidamente y sin objeto. Es el síndrome psicomotor más habitual (PIR01, 82).

Suele aparecer junto con los siguientes síntomas: hiperactivación psíquica y motora; estado de ánimo colérico, ansioso o elevado; conductas potencialmente auto o heteroagresivas; ocasional inhibición verbal junto a una falta de estructura ideativa; disminución de la atención junto con fuga de ideas y estado confusional (poco frecuente).

Grado más leve de la agitación psicomotora y se manifiesta de distinta manera en función de la patología de base.

Clasificación de la agitación según su etiología

(Ver tabla 3 en la página siguiente)

AGITACIÓN REACTIVA	AGITACIÓN EN TRASTORNOS ORG.-CEREBRALES	AGITACIÓN PSICÓTICA
Existe un desencadenante identificado. Puede ser consecuencia de una situación de estrés extremo tanto real como imaginado, o de la intoxicación de determinadas drogas o sustancias tóxicas.	La agitación es prácticamente constante y, normalmente, se da junto con trastornos de conciencia secundarios al cuadro orgánico (alucinaciones, desorientación en persona, obnubilación...). Así, aparece en cuadros confuso-oníricos típicos como en el delirium tremens, en la epilepsia o en los ACV, TCE, etc.	Aparece en ciertos tipos de esquizofrenia (especialmente en la catatónica, al salir de la fase estuporosa o "raptus"), en los episodios maníacos (asociada a la euforia patológica, y a la expansividad), en la demencia (en la que el trastorno integrativo se mantiene en el tiempo y no es reversible).

Tabla 3. Clasificación de la agitación según su etiología.

Temblores

Definición

Movimientos musculares que oscilan en torno a un punto fijo del cuerpo; toman la forma de sacudidas involuntarias, rítmicas y rápidas. Normalmente, aparecen en la zona de la cabeza, cara, lengua y extremidades (sobre todo superiores); es poco frecuente que se den en el tronco.

Clasificación de los temblores

(Ver tabla 4)

TEMBLORES DE REPOSO O PARKINSONIANOS (PIR00, 26; PIR01, 100; PIR15, 155)	<ul style="list-style-type: none"> - Se manifiestan mediante movimientos de poco recorrido con oscilaciones finas y rápidas de las extremidades distales de los dedos. - Aparecen en reposo, cuando el sujeto no hace nada. Posee una frecuencia de 4-5 oscilaciones. Suelen ir acompañados de rigidez muscular, acinesia e hipocinesia. Disminuyen o desaparecen cuando el individuo realiza un movimiento intencional o bajo el control voluntario. - Se dan en: Parkinson, Wernicke-Korsakoff, estados de ansiedad, intoxicaciones, por algunos fármacos...
TEMBLORES POSTURALES	<ul style="list-style-type: none"> - Aparecen al iniciar algún movimiento, y son más claros cuando se mantiene una postura forzada. Dos tipos: <ul style="list-style-type: none"> • Temblores de acción rápida: de 8 a 12 movimientos por segundo, asociados a estados de ansiedad, intoxicaciones etílicas o farmacológicas, abstinencia al alcohol (desaparece al volver a consumir) y delirium tremens. • Temblores de acción lenta: de 4 a 6 movimientos por segundo. Se dan en trastornos estructurales del cerebro como la enfermedad de Wilson.
TEMBLORES INTENCIONALES	<ul style="list-style-type: none"> - Aparecen durante los movimientos voluntarios, siendo de mayor amplitud y frecuencia que los posturales. Su origen está a nivel cerebelar, pero no es necesario un daño estructural. - Se dan en crisis de ansiedad, psicosis anfetamínicas y atropínicas, la esclerosis múltiple, la enfermedad de Wilson y en la ataxia hereditaria progresiva.

Tabla 4. Clasificación de los temblores.

Convulsiones

Definición

Movimientos musculares en forma de contracciones incontrolables y violentas de la musculatura voluntaria. Implican uno o varios grupos musculares o puede ser generalizada a todo el cuerpo (PIR15, 156).

Aparecen en

Cuadros tóxico-infecciosos, cuando se ha producido un daño cerebral, pero lo más frecuente es que se den en la epilepsia.

Tipos de crisis convulsivas

- **Crisis parciales o psicomotoras:**
El individuo con epilepsia puede o no perder la conciencia, se dan anomalías en el funcionamiento psíquico y aparecen conductas "automáticas" que pueden parecer motivadas, como vagar sin propósito.
- **Crisis de pequeño mal:**
No se dan convulsiones sino ausencias con una pérdida total y breve de la conciencia, de una duración entre 5 y 15 segundos, y en las que el individuo queda paralizado con la mirada fija en un punto.
- **Crisis de gran mal (PIR98, 121):**
Patrón convulsivo específico que aparece en algunas epilepsias.
 - Se caracteriza por: Pérdida instantánea de la conciencia, mordeduras de la lengua, alteraciones fisiológicas, gritos debidos a la contractura de la glotis, y lesiones producidas por las caídas.
 - Esta crisis suele ir precedida de un estado llamado "aura" (con síntomas sensitivos conscientes, sobre todo obnubilación, sensación de hormigueo, y también alucinaciones elementales, como destellos de luz y percepción de olores), y su terminación es lenta y progresiva.
 - **Fases de las crisis de gran mal:**
(Ver tabla 5 en la página siguiente)

FASE TÓNICA	Aparece apnea junto con pérdida de conciencia seguida de la contracción de los músculos agonistas de la cabeza y extremidades, que provocan la caída al suelo del sujeto.
FASE CLÓNICA O CONVULSIVA	Continúa la apnea y el sujeto empieza a convulsionar de manera involuntaria, rítmica y regular, generalizándose desde los brazos, piernas y la musculatura periorcular a todo el cuerpo (que constituye la fase clónica). Se suelen producir traumatismos y mordedura de la lengua, así como vaciado vesical urinario.
FASE DE RECUPERACIÓN	Se recupera la respiración y la conciencia de forma paulatina. Pueden aparecer estados confusionales junto con agitación y desorientación auto y alopsíquica.

Tabla 5. Fases de las crisis de gran mal.

Crisis convulsivas histéricas (distintas de las epilépticas)

(Ver tabla 6 en la página siguiente)

Catatonía o rigidez catatónica

Definición

Asunción voluntaria de una postura rígida, en la que el sujeto se resiste a cualquier esfuerzo a ser movido.

Síntomas que componen el síndrome catatónico (PIR03, 115)

- **Catalepsia:**
Actitud inmóvil junto a rigidez muscular que permite colocar al sujeto en una posición forzada sin que éste vuelva a su posición original durante un tiempo indefinido (PIR97, 84). Con este trastorno también se relaciona la **flexibilidad cérica** que supone el mantenimiento de posturas forzadas y antigravitatorias, sin que el sujeto intente recuperar la postura original (PIR99, 230), y que se denomina catalepsia rígida cuando va acompañada de rigidez muscular.
- **Negativismo:**
El sujeto presenta oposición ante cualquier movimiento que se le ordene. Puede ser pasivo (actitud sistemática de oposición) o activo (hacer lo contrario de lo que se le ordena).
- **Estupor:**
Actitud de mantenerse distante o ajeno al entorno con ausencia de funciones de relación.
- **Mutismo.**
- **Estereotipias:**
Repetición continuada e innecesaria de movimientos concretos.
- **Ecosíntomas u obediencia automática:**
Se refiere a la repetición automática de movimientos (**ecopraxia**), palabras (**ecolalia** (PIR95, 06)) o gestos del interlocutor (**ecomimia**).

Aparece en

Cuadros esquizofrénicos, trastornos afectivos, alteraciones de los ganglios basales, del diencefalo y del sistema límbico (PIR00, 25), y en otros cuadros neurológicos de base orgánica o secundarios a trastornos metabólicos, tóxicos o farmacológicos.



Figura 1. Esquizofrenia catatónica.

Estereotipias

Definición

Repetición continuada e innecesaria de movimientos o gestos innecesarios (PIR01, 84) que son organizados y normalmente complejos (lo que no ocurre en el caso de los tics). Se producen en general en la mímica facial o en el cuerpo en general.

Clasificación según su grado de complejidad

- **Estereotipias simples:**
Son patrones motores primitivos que desempeñan una función autoestimular (como frotar o rascar). Se deben a alteraciones estructurales y se dan en trastornos orgánicos cerebrales de evolución demencial como las atrofas corticales o arterioesclerosis.
- **Estereotipias complejas:**
Son patrones de movimientos llamativos de manos y brazos, como dar vueltas sobre sí mismo o jugar con determinados objetos. Se dan en los trastornos psicóticos no orgánicos.

También se producen como consecuencia de la toma de fármacos antipsicóticos.

Espasmos

Definición

Contracciones musculares involuntarias, persistentes y exageradas que aparecen tanto en la musculatura voluntaria como en la involuntaria, es decir, en los órganos internos.

(Ver tabla 7 en las páginas siguientes)

Discinesias

Definición

Movimientos involuntarios de la lengua, boca y cara, que se parecen a la acción de masticar, chupar, etc. (PIR99, 229; PIR03, 122).

Tipos de discinesias

(Ver tabla 8 en las páginas siguientes)

	CRISIS DE GRAN MAL	CRISIS HISTÉRICAS (PIR01, 83)
PERSONALIDAD	No rasgos histéricos Impulsividad	Rasgos histéricos Actitud histriónica
DESENCADENANTES	Ausentes	Presentes
PATRÓN DE CRISIS	Constantes	Variable
AURAS APARATOSAS	Excepcionales	Posible
INICIO	Brusco, sin medidas de seguridad	Progresivo, con medidas de seguridad
FIN	Progresivo	Brusco
PRESENCIA DE OTROS	Depende	Sí
PRESENTACIÓN NOCTURNA	Posible	No
PÉRDIDA DE CONCIENCIA	Total	Parcial
CONVULSIONES	Simétricas, no intencionales	Anárquicas e intencionales
GRITOS	En inicio de crisis	Durante la crisis
HABLA DURANTE LA CRISIS	Nunca	Posible
RELAJACIÓN DE LOS ESFÍNTERES	Habitual	Excepcional
MORDEDURA DE LA LENGUA	Habitual	Nunca
CONSECUENCIA FÍSICA	Frecuentes traumatismos por caídas	Ausencia o pequeñas lesiones
RESPUESTA A MANIOBRAS SUGESTIVAS	No	Positivas
RESPUESTA A ESTÍMULOS DOLOROSOS	No	Sí
TERMINACIÓN	Estado confusional poscrítico, cefaleas	Llanto frecuente
DURACIÓN	Minutos	Minutos u horas
PATRÓN DE RECUPERACIÓN	Progresivo	Rápida
FRECUENCIA	No suele más de 1/día	Varias al día
EEG	Anormal	Normal

Tabla 6. Crisis convulsivas histéricas.

ESPASMOS PROFESIONALES	<ul style="list-style-type: none"> - La forma más frecuente de este tipo es el denominado calambre del escribiente. - Se da la contracción de un determinado grupo muscular, y se atenúa con el reposo y la distensión muscular. - Se puede asociar a una parálisis momentánea y temblores. - Se da en sujetos neuróticos, y en determinadas profesiones como violinistas, escritores, automovilistas, etc.
ESPASMOS SALTATORIOS DE BAMBERGER	<ul style="list-style-type: none"> - Son accesos súbitos de la musculatura de las piernas que obligan al sujeto a agitarse y saltar. - Es un trastorno infrecuente que se da en sujetos emocionalmente inestables y primitivos.
ESPASMOS SALUTATORIOS DE SALAM	<ul style="list-style-type: none"> - El sujeto flexiona y extiende repetidamente el cuello, a modo de saludo, debido a contracciones en los músculos del cuello. - Se asocia a crisis de pequeño mal y a lesiones encefálicas del hipotálamo, siendo más frecuentes en la infancia.

Tabla 7. Tipos de espasmos.

DISCINESIAS AGUDAS	DISCINESIAS TARDÍAS
Series de contracciones de los músculos mono o bilaterales de las extremidades superiores, cuello y espalda. Producen torticolis, espasmos de torsión, tics mandibulares y disfasias. Se da en algunos pacientes durante los primeros días de tratamiento con neurolepticos, y remite con fármacos antiparkinsonianos y barbitúricos.	Series de movimientos involuntarios y raros de la lengua, la boca y la cara, que es similar a los movimientos masticatorios o de fruncimiento de los labios. Tiene un inicio insidioso y aparecen después de periodos largos de tratamiento con fenotiacinas, y en trastornos orgánico-cerebrales.

Tabla 8. Tipos de discinesias.

Apraxias

Definición

Dificultad para realizar movimientos propositivos que requieren de la secuenciación y coordinación de los mismos (p. ej., dibujar o vestirse) y que no puede explicarse por debilidad, tono muscular anormal ni incoordinación elemental (PIR01, 259; PIR02, 147; PIR05, 101).

Si aparece en niños recibe el nombre de **dispraxia evolutiva**, manifestándose por dificultades en la organización del espacio corporal, así como en la representación del tiempo y del espacio.

Manierismos

Definición

Movimientos parásitos que producen un aumento en la expresión de los gestos y la mímica, como sonrisas inmotivadas o carentes de significado.

Aparece en

Cuadros similares a los que producen estereotipias como los estados psicóticos, en especial en la esquizofrenia hebefrénica.

Tics

Definición

Movimientos rápidos, locales y espasmódicos, que se dan de manera involuntaria, aislada, repetitiva, inesperada, a intervalos irregulares y sin propósito.

Suele afectar a los músculos superiores a los hombros, pudiendo darse en una o más partes del cuerpo.

Normalmente, aparecen en la niñez, sobre los 7 años, y la incidencia es diferente en función del sexo, siendo la tasa de 4/1, (mayor en los varones).

Aparecen en:

- Trastornos psicológicos:

Desaparecen durante el sueño (PIR98, 123) y se atenúan con la distracción (p. ej., estados de ansiedad, cuadros obsesivos...).

- Trastornos orgánicos:

• **La Corea de Huntington:**

Trastorno motor de origen orgánico que se hereda por un gen dominante, que se asocia con una demencia progresiva. Los síntomas aparecen hacia los 35-45 años.

• **Síndrome de Gilles de la Tourette:**

Los tics se dan junto a expresiones verbales incontinentes como la coprolalia (que consiste en emitir palabras sucias) o la ecolalia (repetición involuntaria de las últimas palabras del interlocutor). Suele comenzar antes de los 10 años, con una evolución.

Otros síntomas psicomotores

Acatasia

Necesidad imperiosa que el paciente manifiesta por moverse, y es consecuencia del efecto secundario de los fármacos antipsicóticos. Se muestra inquieto, camina, se sienta y se levanta de manera repetida. Es la sensación subjetiva de tensión muscular. Puede confundirse con la agitación psicótica (PIR07, 68).

Automatismos

Movimientos involuntarios realizados sin control consciente. El sujeto presenta una conciencia alterada, sonambulismo y mioclonus nocturno (sacudida de las extremidades durante el sueño). Muchos de estos automatismos se producen cuando la persona está durmiendo.

Atetosis

Movimientos lentos y repetitivos, que son serpenteantes y recuerdan a los movimientos de los reptiles. Se producen en la lengua, cara y extremidades.

Corea

Movimientos más rápidos y bruscos que los que se dan en la atetosis.

Cataplejía

Pérdida momentánea e involuntaria del tono muscular. La persona mantiene la conciencia; suele ir asociada a intensas emociones como risa, cólera, miedo o sorpresa. También puede aparecer en tumores cerebrales, traumatismos craneoencefálicos.

cos, etc., y afecta más a los varones, en una proporción de 3/1 (PIR96, 101).

Balismo

Movimiento violento de una extremidad.

Adiadococinesia

Incapacidad para llevar a cabo movimientos rápidos alternantes.

10.3. Trastornos de la mímica

Hipermimias

Definición

Expresión exagerada de la mímica.

Subtipos

- Hipermimias generalizadas:

Implican a todos los músculos de la cara, y la mirada se encuentra distraída o al acecho, sin que sea fijada en nada. Tiene implicaciones afectivas diferentes según el cuadro: en la manía (euforia y juego), en los estados oníricos (pánico), y en histeria (mirada hiperexpresiva, provocadora y agresiva).

- Hipermimias polarizadas:

Expresan un estado afectivo monotemático, como angustia.

Hipomimias y amimias

Definición

Las amimias y las hipomimias se encuentran en un continuo entre la inmovilidad y la escasez de movimientos. En este caso, la mirada se encuentra fijada sobre un objeto o en el vacío. Se da en cuadros de demencia y de retraso mental profundo (PIR01, 85).

Dismimias

Definición

Incongruencia entre la expresión facial y gestual y los contenidos psicoafectivos.

Subtipos

- Paramimias o mímicas discordantes:

Discordancia entre la expresión verbal y la facial. Se da en la esquizofrenia.

- Mímicas reflejas o ficticias:

Aparecen ecomimias en forma de espejo. Se da en el retraso mental, la histeria, la simulación y, en menor medida en la esquizofrenia.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2014): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2002): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Texto revisado). DSM-IV-TR*. Masson. Barcelona.
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA COGNITIVO-CONDUCTUAL (AEPCCC) (2011): *Material Coaching PIR. Psicopatología*. AEPCCC. Madrid.
- BELLOCH, A., SANDÍN, B. y RAMOS, F. (2008): *Manual de psicopatología (Vol. 1)*. McGraw-Hill. Madrid.
- BELLOCH, A., SANDÍN, B. y RAMOS, F. (2008): *Manual de psicopatología (Vol. 2)*. McGraw-Hill. Madrid.
- BUELA-CASAL, G., CABALLO, V., y CARROBLES, J. A. (2002): *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Siglo XXI. Madrid.
- CEDE (2010): *Área Psicopatología*. CEDE. Madrid.
- EGUILUZ URUCHURTU, J. L. (2001): *Introducción a la psicopatología*. IM&C. Madrid.
- ENOCH, D. y BALL, A. (2007): *Síndromes raros en psicopatología*. Tricastela. Madrid.
- FUENTENEbro, F. y VÁZQUEZ, C. (1990): *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría (Vol. 1)*. McGraw-Hill. Madrid.
- FUENTENEbro, F. y VÁZQUEZ, C. (1990): *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría (Vol. 2)*. McGraw-Hill. Madrid.
- GOODGLASS, H. y KAPLAN, E. (1986): *La evaluación de la afasia y de trastornos relacionados*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- JUNQUÉ, C. y BARROSO, J. (1997): *Neuropsicología*. Síntesis psicología. Madrid.
- KAPLAN, H. y SANDOCK, B. (1999): *Síntesis de la psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- MUNILLA, E. (2010): *Psicopatología adultos*.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1992): *Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE-10)*. OMS. Madrid.
- PARKIN, A. J. (1999): *Exploraciones en neuropsicología cognitiva*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- VALIENTE OTS, C. (2005): *Alucinaciones y delirios*. Síntesis. Madrid.
- VALLEJO RUILOBA, J. (1994): *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Masson. Barcelona.

PCI PSICOPATOLOGÍA Y CLÍNICA INFANTIL

AUTORES

Dirección editorial

KAZUHIRO TAJIMA POZO (3)
BEATRIZ TORRES PARDO (3)
MARÍA CELESTE AMAYA MAIDANA (3)

Autores

ÁNGEL CARRASCO TORNERO (8)
BEATRIZ TORRES PARDO (3)
MONTSERRAT GALLART ALIU (2)
MARÍA ANGÉLICA GARCÍA ENCINAS (4)
ANA BELLVER ARBONA (5)
OLIVIA GARCÍA CABRERA (11)
KAZUHIRO TAJIMA POZO (3)

Coautores

RAQUEL ALONSO GÓMEZ (7)	LARA MASCARÓS ÁLVAREZ (8)
JESÚS ARROYO BRAVO (6)	BÁRBARA MORER BAMBA (7)
IRENE BARRIOS MELLADO (4)	RUDIGER MUÑOZ RODRÍGUEZ (5)
ANA BELLVER ARBONA (5)	PATRICIA PADILLA PAREDES (2)
MARÍA BUIL LABAT (7)	ESTELA PARDOS GASCÓN (8)
ÁNGEL CARRASCO TORNERO (8)	EZEQUIEL PÉREZ SÁNCHEZ (2)
VIRGINIA CASTILLA LÓPEZ (11)	BERTA PINILLA SANTOS (3)
SARA DIEGO CASTAÑO (8)	JUANA PORTILLO ABELLÁN (9)
SONIA ESTRELLA BARAJAS (6)	ARÁNZAZU RAMÍREZ VARGAS (4)
MIRIAM P. FÉLIX ALCÁNTARA (3)	YOLANDA RENDAL ARGIBAY (5)
BELÉN GAGO VELASCO (8)	MÓNICA RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ (5)
MONTSERRAT GALLART ALIU (2)	PABLO RODRÍGUEZ LÓPEZ (4)
OLIVIA GARCÍA CABRERA (11)	CRISTINA RODRÍGUEZ MUÑOZ (2)
MARÍA ANGÉLICA GARCÍA ENCINAS (4)	GONZALO RUIZ MANRIQUE DE LARA (3)
PABLO GARCÍA-MONGE CARRETERO (3)	SABRINA SÁNCHEZ QUINTERO (3)
LIDIA GÓMEZ SÁNCHEZ (5)	JUAN FRANCISCO SERRA PLA (2)
ANDREA IRIMIA NORES (3)	PABLO SOTO USERA (3)
MIRIAM JIMÉNEZ BRUÑA (3)	KAZUHIRO TAJIMA POZO (3)
LARA JIMÉNEZ MARTÍN (3)	BEATRIZ TORRES PARDO (3)
ELISA MAGISTRATI JIMÉNEZ (6)	MARÍA CATALINA VALLESPÍR CLADERA (5)
JUAN JAVIER MANGUÉ PÉREZ (5)	AMELIA VILLENA JIMENA (4)
ANIA MARTÍNEZ VALLE (10)	

(1) Alicante/Murcia/Albacete
(2) Barcelona
(3) Madrid
(4) Málaga
(5) Mallorca
(6) Sevilla/Córdoba

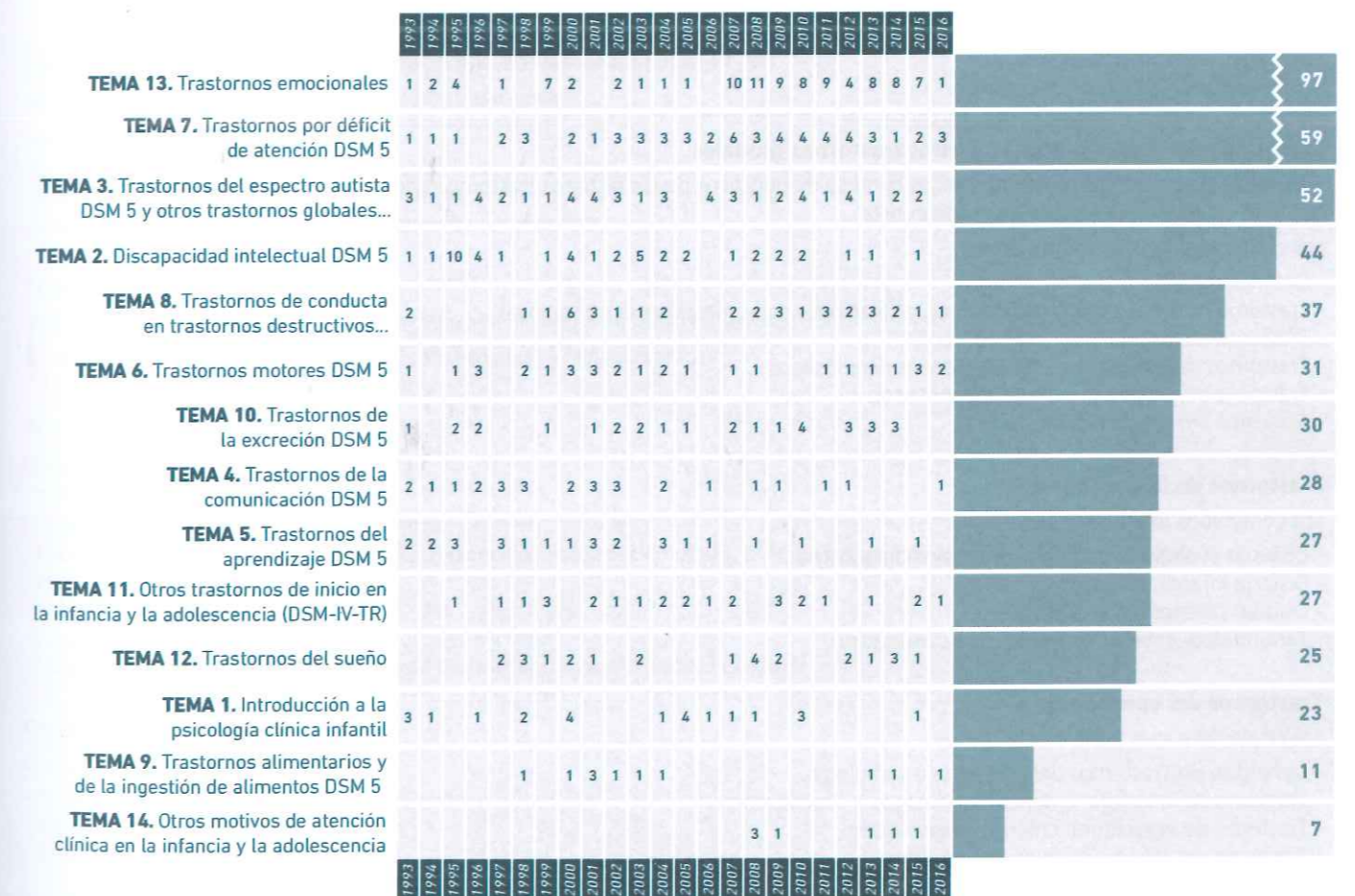
(7) Zaragoza
(8) Valencia
(9) Cáceres
(10) Bilbao
(11) Granada

El siguiente gráfico muestra la distribución de preguntas PIR por capítulos en el área de **Psicopatología y Clínica Infantil**.

En las convocatorias de 1993 a 2015 se incluyen una media de 20 preguntas por convocatoria. Casi todas ellas centradas en criterios diagnósticos e intervención en los distintos trastornos.

A partir de la convocatoria de 2016, se incluyen en el gráfico exclusivamente las preguntas de la asignatura de Psicopatología y Clínica Infantil, sin inclusión de preguntas del área de intervención, correspondientes a la asignatura de Tratamientos Psicológicos.

Distribución por temas



Aspectos fundamentales por subáreas

Introducción a la Psicología Clínica Infantil

Los contenidos más preguntados son:

- Autores y corrientes a las que pertenecen.
- Clasificaciones internacionales.
- Achenbach y escalas Conners.
- Especificaciones del tratamiento con niños.
- Tratamiento en grupo.

Discapacidad intelectual

Los contenidos más preguntados son:

- Historia: edad mental.
- Eje II.
- Criterios diagnósticos.
- Clasificación por CI.
- Etiología: Síndrome de Down.
- Escalas de evaluación de inteligencia.

Trastornos del espectro autista y otros trastornos globales

Casi todas las preguntas se centran en los criterios diagnósticos de los distintos trastornos englobados en este capítulo. Lo más preguntado en este capítulo es el trastorno autista.

Los contenidos más preguntados son:

- Definición TGD.
- Trastorno autista: criterios diagnósticos, alteraciones comunicacionales y cognitivas.
- Trastorno de Rett: criterios diagnósticos.
- Trastornos desintegrativo infantil: criterios diagnósticos.
- Trastorno de Asperger: criterios diagnósticos.
- Síndrome límite: definición.

Trastornos de la comunicación

Los contenidos más preguntados son:

- Disfasias evolutivas: definición y criterios diagnósticos.
- Disfasia infantil adquirida.
- Dislalia: criterios diagnósticos.
- Tartamudeo: criterios diagnósticos y clasificación.

Trastornos del aprendizaje

Los contenidos más preguntados son:

- Definición de Trastornos del aprendizaje y etiología.
- Trastorno de la lectura: criterios diagnósticos y clasificación.
- Trastorno de la escritura: criterios diagnósticos.
- Trastorno del cálculo: criterios diagnósticos.

Trastornos motores

Pocas preguntas del Trastorno del Desarrollo de la Coordinación y del Trastorno de Movimientos Estereotipados, exclusivamente de criterios diagnósticos.

Sobre los Trastornos de tics, los contenidos más preguntados son:

- Criterios diagnósticos de los distintos trastornos incluidos en este capítulo.
- Muy preguntado: Guilles de la Tourette.
- Intervención: inversión del hábito.

TDHA

Muy preguntados los criterios diagnósticos, asociación con trastornos de conducta, etiología, escalas Conners de evaluación y tratamiento.

Trastornos de conducta

Los contenidos más preguntados son:

- Trastorno negativista desafiante: criterios diagnósticos y factores etiológicos (trampa del refuerzo negativo).
- Trastorno disocial: criterios diagnósticos, etiología, pronóstico y tratamiento.

Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Las preguntas se han centrado en los criterios diagnósticos de los trastornos incluidos en este capítulo.

Trastornos de la excreción

Han preguntado mucho más sobre la enuresis.

Los contenidos más preguntados son:

- Enuresis: criterios diagnósticos, edad, clasificación, tratamiento (método de alarma).
- Encopresis: criterios diagnósticos y edad.

Otros trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia (DSM-IV-TR)

Lo más preguntado ha sido la ansiedad por separación.

Los contenidos más preguntados son:

- Ansiedad por separación: criterios diagnósticos y evolución.
- Mutismo selectivo: definición y tratamiento.
- Trastorno reactivo de la vinculación: criterios diagnósticos.

Trastornos del sueño

Sobre todo han preguntado características diferenciales de pesadillas y terrores nocturnos.

También definiciones de sonambulismo, somniloquio y jactatio capitis.

Trastornos emocionales

Los contenidos más preguntados son:

- TAG y pánico: coping cat.
- Miedos evolutivos VS fobias en la infancia.
- Fobias en la infancia: epidemiología e intervención (imágenes emotivas, práctica reforzada, especificaciones de relajación en niños).
- Fobia escolar.
- Fobia social: criterios diagnósticos.
- Depresión anaclítica (Spitz).
- Depresión: especificaciones diagnósticas en la infancia y tratamientos eficaces.

Otros motivos de atención

Los contenidos más preguntados son:

- Síndrome de alienación parental: mediación.
- Tratamiento del menor agresor.

PRÓLOGO

El presente Manual de Psicología Clínica Infantil sigue una estructura basada en la clasificación de trastornos mentales de la *American Psychiatric Association* (APA).

En el presente manual, presentamos los Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia (DSM-IV-TR) - Trastornos del Neurodesarrollo (DSM 5).

La nomenclatura que da título a los capítulos sigue criterios de la quinta versión del DSM (DSM 5), si bien en el contenido de los capítulos quedan recogidos los criterios diagnósticos y la estructura de la clasificación DSM en evolución, desde el DSM-IV-TR al DSM 5.

A pesar de que la publicación del DSM 5 se produjo a finales de 2013, en el examen PIR apenas se ha hecho referencia al mismo hasta la fecha. En la convocatoria de 2016, celebrada en Enero de 2017, no se incluyeron preguntas explícitas sobre el DSM 5, si bien algunas cuestiones diferenciales del DSM 5 con respecto a su predecesor, el DSM-IV-TR, aparecían como opciones de respuesta incorrectas en distintas preguntas.

Del mismo modo, se mantienen en el presente manual, capítulos y diagnósticos presentes en el DSM-IV-TR (debidamente señalizados) que han sido eliminados del DSM 5.

En las siguientes tablas, se presentan una comparativa de los capítulos recogidos en el DSM-IV-TR y el DSM 5, así como de los principales cambios presentados por el DSM 5.

DSM-IV-TR TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	DSM 5 EN VARIOS CAPÍTULOS
<p>Retraso Mental</p> <p>Trastornos Generalizados del Desarrollo Trastorno Autista Trastornos de Rett Trastorno Desintegrativo Infantil Trastorno de Asperger Trastorno generalizado del desarrollo no especificado</p> <p>Trastornos de la comunicación Trastorno del lenguaje expresivo Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo Trastorno fonológico Tartamudeo Trastorno de la comunicación no especificado</p> <p>Trastornos del aprendizaje Trastorno de la lectura Trastorno del cálculo Trastorno de la escritura Trastorno de aprendizaje no especificado</p> <p>Trastornos de las habilidades y hábitos motores Trastorno del desarrollo de la coordinación</p> <p>Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: síntomas manifiestos de desatención y/o hiperactividad-impulsividad Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado Trastorno disocial Trastorno negativista desafiante</p>	<p>EN TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO</p> <p>Discapacidades intelectuales Discapacidad intelectual Retraso general del desarrollo Discapacidad intelectual no especificada</p> <p>Trastorno del espectro autista Trastorno del espectro autista</p> <p>Trastornos de la comunicación Trastorno del lenguaje Trastorno fonológico Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo) Trastorno de la comunicación social (pragmática) Trastorno de la comunicación no especificado</p> <p>Trastornos del aprendizaje Trastornos específico del aprendizaje</p> <p>Trastornos motores Trastorno del desarrollo de la coordinación Trastorno de movimientos estereotipados Trastorno de Guilles de la Tourette Trastorno de tics motores o vocales persistente Trastorno de tics transitorio Otro trastorno de tics especificado Trastorno de tics no especificado</p> <p>Trastornos por déficit de atención con hiperactividad Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Otro Trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado</p>

DSM-IV-TR TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	DSM 5 EN VARIOS CAPÍTULOS
Trastornos de la ingesta Trastorno de pica Trastorno de rumiación Trastorno de ingestión alimentaria de la infancia o la niñez	Otros trastornos del neurodesarrollo Otros trastorno del neurodesarrollo especificado Trastorno del neurodesarrollo no especificado
Trastornos de la eliminación Encopresis Enuresis	EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS Pica Trastorno de rumiación Trastorno de evitación/ restricción de la ingestión de alimentos
Trastornos por tics Trastorno de Tourette Trastorno de tics motores o vocales crónicos Trastorno de tics transitorios Trastorno de tics no especificado	EN TRASTORNOS DE LA EXCRECIÓN (capítulo de nueva aparición) Encopresis Enuresis Otro trastorno de la excreción especificado Trastorno de la excreción no especificado
Otros trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia Trastorno de ansiedad por separación Mutismo selectivo Trastorno de movimientos estereotipados Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez Trastorno de la infancia, la niñez y la adolescencia no especificado	EN TRASTORNOS DESTRUCTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA Trastorno negativista desafiante Trastorno de la conducta
	EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD Trastorno de ansiedad por separación Mutismo selectivo
	EN TRASTORNOS POR TRAUMA Y ESTRÉS Trastorno de apego reactivo Trastorno de relación social desinhibida

PRINCIPALES CAMBIOS DSM 5

- Desaparece el capítulo Trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia del DSM-IV-TR.
- Aparece el capítulo **Trastornos del neurodesarrollo**, en el que se incluyen la mayoría de trastornos globales y de habilidades.
- Los Trastornos Generalizados del Desarrollo del DSM-IV-TR se unifican en un único diagnóstico: Trastorno del Espectro Autista.
- Los Trastornos por tics se incluyen dentro de los Trastornos motores, así como el Trastorno de movimientos estereotipados.
- Los trastornos de hábitos se incluyen en sus categorías generales correspondientes:
 - Pica y Rumiación en Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.
 - Enuresis y Encopresis en Trastornos de la Excreción (capítulo de nueva creación).
 - Trastorno negativista desafiante en Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta, junto con el Trastorno de conducta que sustituye al Trastorno disocial.
 - Trastorno de ansiedad por separación y Mutismo selectivo en Trastornos de ansiedad.
 - El Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia en Trastorno asociados a trauma y factores de estrés como Trastorno de apego reactivo y Trastorno de relación social desinhibida.

TEMA 1	INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL.....	15
1.1.	Introducción histórica.....	15
1.2.	Prevalencia.....	17
1.3.	Edad de inicio.....	17
1.4.	Clasificaciones en psicología clínica infanto-juvenil.....	17
1.5.	Evaluación infanto-juvenil.....	19
1.6.	Terapia infanto-juvenil.....	20
TEMA 2	DISCAPACIDAD INTELECTUAL DSM 5.....	24
2.1.	Introducción histórica.....	24
2.2.	Criterios diagnósticos.....	25
2.3.	Características del retraso mental.....	27
2.4.	Clasificaciones.....	27
2.5.	Etiología.....	29
2.6.	Epidemiología.....	29
2.7.	Curso.....	29
2.8.	Diagnóstico diferencial.....	29
2.9.	Evaluación.....	31
2.10.	Tratamiento.....	32
TEMA 3	TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA DSM 5 Y OTROS TRASTORNOS GLOBALES DE LA INFANCIA.....	34
3.1.	Introducción y clasificaciones internacionales.....	34
3.2.	Trastorno autista (DSM-IV-TR).....	34
3.3.	Trastorno de Rett (DSM-IV-TR).....	40
3.4.	Trastorno desintegrativo infantil (DSM-IV-TR).....	40
3.5.	Trastorno de Asperger (DSM-IV-TR).....	41
3.6.	Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (DSM-IV-TR).....	42
3.7.	Trastorno del espectro autista (DSM 5).....	43
3.8.	Esquizofrenia infantil.....	44
3.9.	Síndrome límite de la infancia o trastorno múltiple del desarrollo.....	45
TEMA 4	TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN DSM 5.....	48
4.1.	Introducción y calificaciones internacionales.....	48
4.2.	Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo (DSM-IV-TR).....	49
4.3.	Trastorno del lenguaje expresivo (DSM-IV-TR).....	51
4.4.	Trastorno del lenguaje (DSM 5).....	52
4.5.	Trastorno fonológico o dislalia.....	52
4.6.	Tartamudeo (DSM-IV-TR) - Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (DSM 5).....	54
4.7.	Trastorno de la comunicación social (pragmática) (DSM 5).....	57
4.8.	Trastorno de la comunicación no especificado.....	57
TEMA 5	TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE DSM 5.....	59
5.1.	Introducción.....	59
5.2.	Clasificaciones internacionales.....	59
5.3.	Trastorno del aprendizaje de la lectura (DSM-IV-TR).....	60
5.4.	Trastorno del aprendizaje de la expresión escrita (DSM-IV-TR).....	64
5.5.	Trastorno del aprendizaje del cálculo (DSM-IV-TR).....	66
5.6.	Trastorno específico del aprendizaje (DSM 5).....	66
TEMA 6	TRASTORNOS MOTORES (DSM 5).....	69
6.1.	Hacia los trastornos motores del DSM 5.....	69
6.2.	Trastorno del desarrollo de la coordinación (dispraxia).....	69
6.3.	Trastorno de movimientos estereotipados.....	70
6.4.	Trastornos por tics.....	72
TEMA 7	TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (DSM 5).....	79
7.1.	Clasificaciones internacionales.....	79
7.2.	Introducción histórica.....	79
7.3.	Criterios diagnósticos.....	80
7.4.	Comorbilidad.....	83
7.5.	Epidemiología y curso.....	83
7.6.	Diagnóstico diferencial.....	83
7.7.	Etiología.....	83
7.8.	Evaluación.....	84
7.9.	Tratamiento.....	85

TEMA 8 TRASTORNOS DE CONDUCTA EN TRASTORNOS DESTRUCTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA (DSM 5).....87

8.1. Introducción87

8.2. Trastorno negativista desafiante.....89

8.3. Trastorno disocial (DSM-IV-TR) - Trastorno de conducta (DSM 5).....94

TEMA 9 TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS DSM 5.....94

9.1. Clasificaciones internacionales94

9.2. PICA.....95

9.3. Rumiación.....96

9.4. Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia y la adolescencia (DSM-IV-TR) - Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (DSM 5).....98

TEMA 10 TRASTORNOS DE LA EXCRECIÓN DSM 5.....98

10.1. Clasificaciones internacionales98

10.2. Enuresis101

10.3. Encopresis.....104

10.4. Otro trastorno de la excreción especificado (DSM 5).....104

10.5. Trastorno de la excreción no especificado (DSM 5).....106

TEMA 11 OTROS TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (DSM-IV-TR).....106

11.1. Clasificaciones internacionales106

11.2. Trastorno de ansiedad por separación.....109

11.3. Mutismo selectivo.....111

11.4. Trastorno de movimientos estereotipados.....111

11.5. Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez (DSM-IV-TR) - Trastorno de apego reactivo y trastorno de relación social desinhibida (DSM 5).....114

TEMA 12 TRASTORNOS DEL SUEÑO.....114

12.1. Introducción115

12.2. Disomnias.....116

12.3. Parasomnias.....119

TEMA 13 TRASTORNOS EMOCIONALES.....119

13.1. Ansiedad en la infancia121

13.2. Fobias específicas en la infancia127

13.3. Fobias social en la infancia130

13.4. Trastorno obsesivo compulsivo en la infancia131

13.5. Trastornos por estrés en la infancia132

13.6. Trastornos del estado de ánimo en la infancia137

TEMA 14 OTROS MOTIVOS DE ATENCIÓN CLÍNICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA137

14.1. Malos tratos.....138

14.2. Abuso sexual140

14.3. Alienación parental.....141

14.4. Acoso escolar o *bullying*.....141

14.5. Adicciones142

BIBLIOGRAFÍA.....142

TEMA 1 INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL

1.1. Introducción histórica

Fase preclínica

Los principios de la psicopatología infanto-juvenil se encuentran en el **s. XVII**, cuando se produce un cambio en la concepción de la infancia y la adolescencia, anteriormente ignoradas.

En 1801, aparece el conocido **"niño salvaje de Aveyron"**, tratado por **Itard** mediante aprendizajes instrumentales y entrenamiento en habilidades sociales, aunque sus resultados fueron muy pobres (**PIR04, 256**).

En 1841, **Seguin** elabora el primer tratado sobre deficiencia mental, **"Método fisiológico"**, basado en un enfoque educativo.

Inicio de la psicología clínica

El inicio de la Psicología clínica se sitúa en **1896**, año en que **Witmer** funda en la Universidad de Pennsylvania la **primera clínica psicológica** para el tratamiento de niños y adolescentes, considerándole desde entonces el fundador de la disciplina.

Al mismo tiempo surgen los movimientos de **"higiene mental"** y de **"orientación infantil"**. En 1908, **Beers** publica su libro **"A mind that found itself"** que desembocó en la creación del Comité Nacional para la Higiene mental en Estados Unidos.

En 1909, **Healy y Fernald**, fundan el Instituto Psicopático Infantil en Chicago, donde desarrollan un modelo orientador para que los niños pudieran adaptarse mejor a su entorno.

Hall fue uno de los primeros estudiosos del desarrollo del niño (**PIR**). Diseñó los **"baby biography"** como instrumentos de evaluación en la infancia, en los que tanto los padres como los profesores participaban. Uno de sus discípulos, **Terman**, adaptó en 1916 el test de **Binet** para la Universidad de Standford bajo el nombre de **"Standford-Binet"**.

Desde la Universidad de Yale, **Gesell** realiza estudios pormenorizados de los niños en su contexto natural, desarrollando escalas para la evaluación del desarrollo físico, motor y social en la infancia.

En 1930, **Kanner** abre la primera clínica psiquiátrica en la Universidad John Hopkins y cuatro años más tarde, **Bender** dirige la primera unidad infantil en el hospital Bellevue de Nueva York.

Psicoanálisis e infancia

Mientras en Estados Unidos se daba comienzo a la Psicología Clínica, en Europa surgía un importante movimiento iniciado por **Freud**: el psicoanálisis.

Su obra supone un hito dentro de la comprensión de las alteraciones psicológica al exponer que, no solo ciertos síntomas que aparecen en la vida adulta mantienen una relación con experiencias psicológicas que tenían lugar en la infancia, sino además que parecen ser la clave para su comprensión. Muy



Figura 1. Jean Marc Itard.

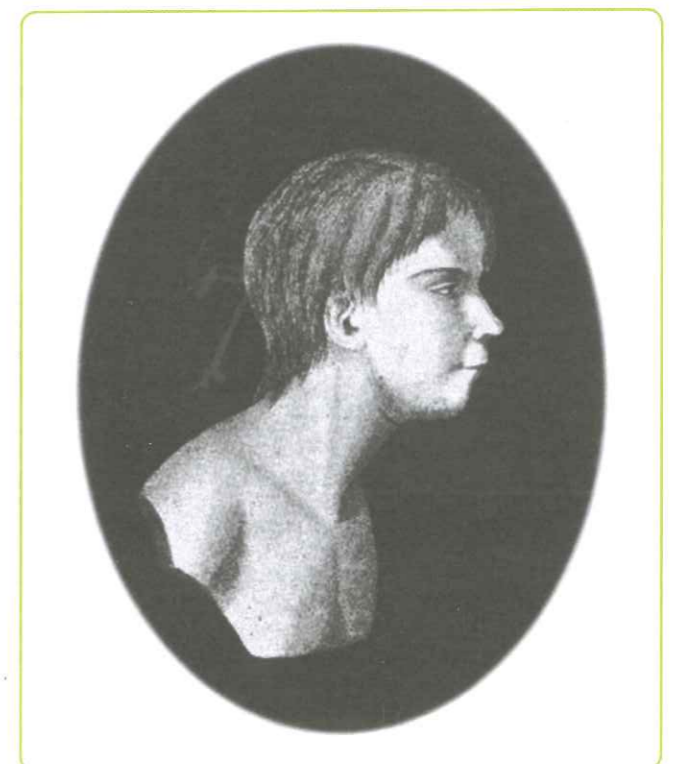


Figura 2. Víctor de Aveyron. Muy

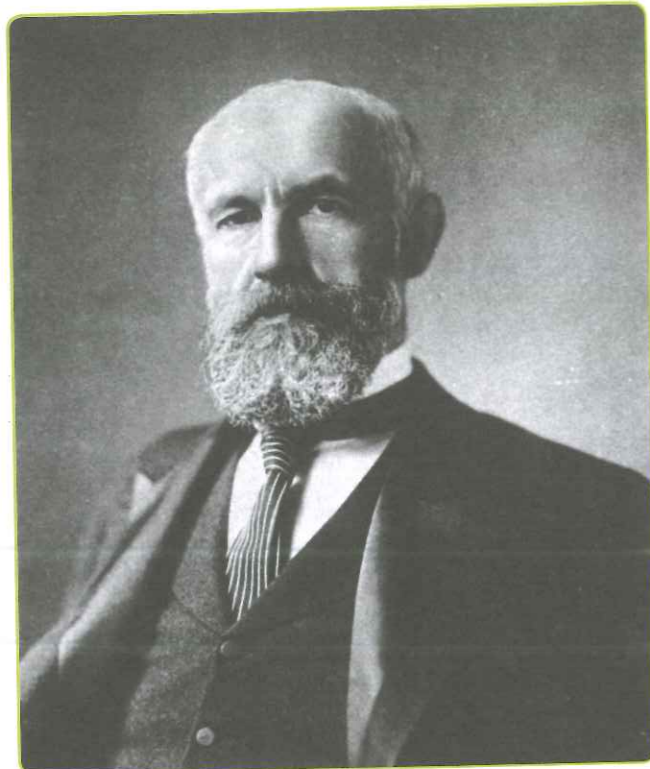


Figura 3. Granville Stanley Hall (1910).

importante en este sentido es su libro "Tres ensayos sobre la teoría sexual" (1905).

Sin embargo Freud, no se ocupó de la psicopatología infantil, algo que sí hizo su hija **Anna Freud** al hablar de **líneas de desarrollo** en la maduración del niño (PIR94, 207). En su libro "Introducción a la técnica del análisis infantil", donde defiende que los problemas del niño están en el presente y no en el pasado, como en el caso de los adultos y plantea un enfoque psicopedagógico en el que participen los padres y los maestros del niño.

Otra autora importante en el psicoanálisis infantil es **Melanie Klein** (PIR05, 190), quien introdujo la **terapia de juego** (PIR00, 151) como método a utilizar con los niños, considerándolo un elemento central en el análisis de los niños, equivalente a las asociaciones libres del adulto, ofreciendo del mismo modo un acceso al inconsciente (PIR93, 43). Esta concepción la enfrentó a Anna Freud, quien consideraba que los niños no tienen capacidad de transferencia.

El psicoanálisis infantil siguió su desarrollo con autores como **Mahler**, quien se interesó por la relación entre la madre y el niño y sobre el proceso de individuación o **Winnicott**, quien considera que la madre contrae una **enfermedad normal** a la que llama **preocupación maternal primaria**.

Mahler describe cómo el niño vive un proceso de individuación que comienza en el nacimiento y termina alrededor de los 3 años. Este proceso se produce en varias fases:

- **Fase simbiótica.**
El niño depende para cubrir todas sus necesidades de su madre. El niño se encuentra fusionado con su madre. En esta fase se divide en dos: "fase de autismo primario total" y "fase simbiótica".
- **Separación-individuación.**
Comienza sobre el octavo mes aproximadamente. El niño comprende que es un ser independiente de la madre y se forman las funciones del Yo: motricidad, aprendizaje y percepción.



Figura 4. Sigmund y Anna Freud en 1913.

Winnicott explica cómo, tras la **preocupación maternal primaria**, la madre pasa a ser **suficientemente buena** con tres funciones:

- **Holding.**
Función sostenedora de la madre y las cualidades maternas del padre (PIR05, 75). Soporte tanto físico como psíquico.
- **Handling.**
Manejo en las manipulaciones conscientes (asear al bebé, vestirle...).
- **Object presenting.**
Dar objetos al niño cuando éste los necesita.

El niño, según va creciendo va siendo consciente de que la madre no puede cumplir todos los deseos que le pide y se genera un proceso de adaptación en la que se incorpora en un objeto real todo su mundo de ilusión: el **objeto transicional**.

Otros autores importantes fueron **Spitz**, con su estudio sobre los efectos de la separación materna, y **Bowlby** con la Teoría del apego.

René Spitz estudió los efectos de la separación materna temprana en el niño, poniendo de manifiesto que pueden darse diversos fenómenos como la **depresión anaclítica** o como el **hospitalismo** y el **marasmo** en los casos más graves en los que la separación es más mantenida en el tiempo.

Spitz describe como en el desarrollo normal del niño deben darse tres organizadores:

- Primer organizador: **la sonrisa.**
Aparece sobre el segundo mes de vida y se debe al comienzo del funcionamiento del yo.
- Segundo organizador: **la angustia frente al extraño.**
Aparece en el octavo mes.
- Tercer organizador: **el "no".**
Durante el segundo año el niño aprende a decir no, demostrando que puede acceder al mundo simbólico.

1.4. Clasificaciones en psicología clínica infanto-juvenil

Clasificaciones diagnósticas categoriales

Emplean criterios diagnósticos predeterminados:

- *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM)* de la Asociación Americana de Psiquiatría.
- *Clasificación Diagnóstica de la salud mental y los trastornos del desarrollo de la infancia y la temprana niñez (DC: 0-3)* del Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs.
- *Clasificación del Grupo para el Avance de la Psiquiatría (Group for the Advancement of Psychiatry -GAP-).*
- *Clasificación internacional de Enfermedades (CIE)* de la Organización Mundial de la Salud.

Clasificaciones DSM

Es la clasificación más utilizada en Psicología.

En el DSM-IV-TR, este grupo de trastornos se incluyen bajo el nombre de "Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia" (ver tabla 1 en la página siguiente).

En el DSM 5, el capítulo pasa a denominarse Trastornos del Neurodesarrollo. En él, el número de diagnósticos se reduce, ya que muchas de las categorías diagnósticas pasan a incluirse en los capítulos generales (por ejemplo, los Trastornos de la Ingesta de la Infancia pasan a incluirse en el capítulo de Trastornos de la Alimentación y de la Ingestión de Alimentos) o pasan a conformar capítulo propio (por ejemplo, los Trastornos de la Eliminación de la Infancia pasan a formar el capítulo del Trastornos de la Excreción) (ver tabla 2 en la página siguiente).

Aclaración: todos los niños o adolescentes pueden ser diagnosticados de cualquier otra patología recogida en el DSM (a excepción del trastorno antisocial de la personalidad, para cuyo diagnóstico se ha de tener al menos 18 años (PIR06, 139)) y los adultos pueden presentar todos los trastornos que se presentan en este grupo de clasificación.

Además, los niños pueden tener problemas que requieran una atención clínica y que no sean definidos como trastornos mentales (problemas de relación paterno-filial, trastornos inducidos por medicamentos, relacionados con abuso físico o sexual, el duelo, la capacidad intelectual límite, problemas de identidad, de separación de los padres, problemas biográficos...). Por otro lado, los niños y adolescentes pueden ser diagnosticados de los trastornos generales.

Clasificación DC: 0-3

La *Clasificación diagnóstica de la salud mental y los trastornos del desarrollo de la infancia y la temprana niñez* ofrece un esquema comprensivo en formato multiaxial, para el diagnóstico de problemas emocionales y del desarrollo en los **3 primeros años de vida**, desde un enfoque sistemático de base evolutiva.

(Ver tabla 3 en la página siguiente)

Clasificaciones diagnósticas dimensionales

Plantean la existencia de dimensiones o rasgos de conducta independientes y que todos los niños poseen en cierta medida.

Por su parte **Arminda Aberasturi**, que inició el psicoanálisis infantil en Argentina, se centró en las dificultades del psicoanálisis infantil, entre las cuales están los desplazamientos e identificaciones entre el terapeuta y los padres (PIR05, 64).

Terapia de conducta infantil

Watson y Rayner fueron los primeros que en 1920, aplicaron las técnicas conductuales al describir cómo desarrollar una fobia a una rata en un niño de 11 meses (caso del niño Albert). Sin embargo, quien fue la primera en eliminar una respuesta fóbica mediante tratamientos conductuales fue **Mary Cover Jones** (caso del niño Peter) (PIR08, 218).

Desde la Terapia de Conducta encontramos tres enfoques:

- Escuela sudafricana.
En la que **Wolpe** trabaja con la "desensibilización sistemática" tanto en niños como en adultos y en la que **Lazarus** sí que trabaja exclusivamente con niños con su "técnica de imágenes emotivas".
- Escuela inglesa.
Eysenck, sin aportaciones relevantes en este campo.
- Escuela norteamericana.
Donde **Skinner** aplica las técnicas operantes a problemas de conducta de niños y adolescentes normales y adolescentes, y **Ayllon y Azrin** crean su programa de economía de fichas (PIR07, 89).

1.2. Prevalencia

Según los estudios más recientes, la prevalencia de trastornos mentales en la etapa infanto-juvenil se encuentra entre el 17 y el 26%, dándose en un 10% una afectación significativa de funcionamiento.

En general, afecta más a niños que a niñas, no dándose este dato en trastornos emocionales o de la ansiedad, que afectan más a niñas. Como explicación para este hecho se alude a una mayor vulnerabilidad biológica ligada al cromosoma Y y a una menor madurez física, así como a pautas de socialización diferenciadas.

1.3. Edad de inicio

La edad de inicio de un trastorno es un dato importante a tener en cuenta ya que en general, a comienzo más temprano peor pronóstico en su evolución. En general:

- Los trastornos generalizados del desarrollo y los retrasos evolutivos de la comunicación suelen detectarse a edades tempranas.
- Los trastornos de ingesta y eliminación también aparecen a edades tempranas.
- Los trastornos como el déficit de atención con hiperactividad, suelen hallarse poco antes o después de la escolarización.
- Los trastornos del aprendizaje aparecen en los primeros años de escolarización.
- Depresión, esquizofrenia y trastornos de la conducta alimentaria se inician en torno a la adolescencia.
- Los trastornos de ansiedad aparecen a cualquier edad.
- Los trastornos comportamentales también pueden aparecer a cualquier edad.

TRASTORNOS GLOBALES	
RETRASO MENTAL O DISCAPACIDAD INTELECTUAL	Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio (CI próximo a 70 o inferior), con inicio previo a los 18 años y déficits adaptativos.
TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	Consisten en profundas deficiencias generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Incluyen alteraciones en la interacción social, comunicación y presencia de comportamientos, intereses o actividades estereotipadas. Incluye: <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno autista. - Trastorno de Rett. - Trastorno Desintegrativo infantil. - Trastorno de Asperger. - Trastorno del desarrollo generalizado no especificado.
TRASTORNOS DE LAS HABILIDADES	
TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN	Incluyen deficiencias relacionadas con el lenguaje y el habla. <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno del lenguaje expresivo. - Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo. - Trastorno fonológico. - Tartamudeo. - Trastorno de la comunicación no especificado.
TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE	Se caracterizan por un rendimiento académico significativamente por debajo del esperado para su edad, su nivel de inteligencia y la enseñanza recibida. <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de la lectura. - Trastorno del cálculo. - Trastorno de la escritura (PIR02, 90). - Trastorno de aprendizaje no especificado.
TRASTORNOS DE LAS HABILIDADES MOTORAS Y HÁBITOS MOTORES	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno del desarrollo de la coordinación.
TRASTORNOS DE LOS HÁBITOS	
TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: síntomas manifiestos de desatención y/o hiperactividad-impulsividad. - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado. - Trastorno disocial. - Trastorno negativista desafiante (PIR10, 30).
TRASTORNOS DE LA INGESTA Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LA INFANCIA O LA NIÑEZ	Alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y la ingestión de alimentos. <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de pica. - Trastorno de rumiación. - Trastorno de ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.
TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Encopresis. - Enuresis.
OTROS TRASTORNOS	
TRASTORNOS DE TICS	Trastornos que presentan tics vocales y/o motores: <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de Tourette. - Trastorno de tics motores o vocales crónicos. - Trastorno de tics transitorios. - Trastorno de tics no especificado.
OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA	Aquí se incluyen trastornos que no aparecen en los otros apartados como: <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de ansiedad por separación. - Mutismo selectivo. - Trastorno de movimientos estereotipados. - Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez. - Trastorno de la infancia, la niñez y la adolescencia no especificado.

Tabla 1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia (DSM-IV-TR).

DSM 5 EN VARIOS CAPÍTULOS
EN TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Discapacidades intelectuales <ul style="list-style-type: none"> - Discapacidad intelectual. - Retraso general del desarrollo. - Discapacidad intelectual no especificada.
Trastorno del espectro autista <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno del espectro autista.
Trastornos de la comunicación <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno del lenguaje. - Trastorno fonológico. - Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo). - Trastorno de la comunicación social (pragmática). - Trastorno de la comunicación no especificado.
Trastornos del aprendizaje <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos específico del aprendizaje.
Trastornos motores <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno del desarrollo de la coordinación. - Trastorno de movimientos estereotipados. - Trastorno de Guilles de la Tourette. - Trastorno de tics motores o vocales persistente. - Trastorno de tics transitorio. - Otro trastorno de tics especificado. - Trastorno de tics no especificado.
Trastornos por déficit de atención con hiperactividad <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. - Otro Trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado. - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.
Otros trastornos del neurodesarrollo <ul style="list-style-type: none"> - Otros trastorno del neurodesarrollo especificado. - Trastorno del neurodesarrollo no especificado.
EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS <ul style="list-style-type: none"> - Pica. - Trastorno de rumiación. - Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.
EN TRASTORNOS DE LA EXCRECIÓN (capítulo de nueva aparición) <ul style="list-style-type: none"> - Encopresis. - Enuresis. - Otro trastorno de la excreción especificado. - Trastorno de la excreción no especificado.
EN TRASTORNOS DESTRUCTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno negativista desafiante. - Trastorno de la conducta.
EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de ansiedad por separación. - Mutismo selectivo.
EN TRASTORNOS POR TRAUMA Y ESTRÉS <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de apego reactivo. - Trastorno de relación social desinhibida.

Tabla 2. DSM 5 en varios capítulos.

EJE I	Diagnóstico principal <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos de estrés postraumático. - Trastornos afectivos. - Trastornos de la regulación. - Trastornos del sueño. - Trastornos de la alimentación. - Trastornos de la relación y la comunicación.
EJE II	Trastornos de la interacción
EJE III	Trastornos médicos y del desarrollo
EJE IV	Estrés psicosocial
EJE V	Nivel de desarrollo y funcionamiento emocional

Tabla 3. Formato multiaxial de la clasificación DC: 0-3.

Se basan en un grupo de indicadores obtenidos mediante la aplicación de cuestionarios de evaluación a la población objeto de estudio. Por ello, también son conocidas como **clasificaciones empíricas**.

En este tipo de clasificaciones se integran las de **Achenbach y Quay**.

Achenbach elaboró un sistema empírico y multiaxial denominado *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)* (PIR98, 216) (ver tabla 4 en la página siguiente).

Mediante este sistema se han encontrado dos amplias categorías:

- **Trastornos de externalización**, infracontrol o disocial. Los problemas que se presentan se dirigen hacia otras personas (peleas, rabietas, desobediencia, destructividad). Son más frecuentes en niños. Con frecuencia en consulta se aprecia una sobreestimación de este tipo de trastornos por parte de los padres (PIR12, 67; PIR13, 64).
- **Trastornos de interiorización**, sobrecontrol o ansiedad-retraimiento. En los que los problemas se dirigen más hacia uno mismo (ansiedad, depresión, timidez, retraimiento). Son más frecuentes en niñas.

Para llegar a estos diagnósticos se utilizan diferentes instrumentos:

- CBCL: *Child Behavior Checklist*. Se aplica a los padres de hijos entre los 4 y los 18 años (PIR96, 238).
- TRF: *Teacher Report Form*. Aplicada por los profesores de niños entre 5 y 18 años.
- YSR: *Youth Self-Report*. Se aplica entre los 11 y los 18 años.

Con el análisis de los resultados de estos instrumentos se han identificado 8 síndromes primarios que pueden encuadrarse en tres más principales (ver tabla 5 en la página siguiente).

1.5. Evaluación infanto-juvenil

El **proceso de evaluación** consta de varias fases:

1. **Detección o screening**. Consiste en detectar rápidamente cuál de los niños puede tener un problema, para a continuación poder hacer una

EJE I (PIR)	EJE II	EJE III	EJE IV	EJE V
Informes de los padres	Informes de los maestros	Evaluación cognitiva	Examen físico	Evaluación directa del niño
CBCL (Child Behavior Checklist)	TFR (Teacher Report Form)	Tests de capacidad	Altura Peso Examen médico	YSR (Youth Self-Report)

Tabla 4. Formato multiaxial de Achenbach y Quay.

SÍNDROMES PRIMARIOS (ACHENBACH) (PIR93, 158; PIR04, 100; PIR15, 59)	
1. INTERIORIZACIÓN (PIR98, 218)	1. Retraimiento
	2. Síntomas somáticos
	3. Ansiedad/Depresión
2. MIXTOS O COMBINADOS	4. Problemas sociales
	5. Problemas de pensamiento
	6. Problemas de atención
3. EXTERIORIZACIÓN (PIR07, 127)	7. Conducta delictiva
	8. Conducta agresiva

Tabla 5. Categorías y síndromes de Achenbach.

evaluación más profunda. Es un proceso que se suele producir fuera de las consultas, bien por parte de los padres o de los profesores.

- Identificación.** Implica comprobar si el niño que ha dado positivo en la detección cumple todos los criterios que le hacen susceptible de recibir un diagnóstico.
- Valoración.** Valorar otros aspectos ajenos al diagnóstico pero que pueden ser importantes de cara al tratamiento.

Los **objetivos de la evaluación** son: determinar la naturaleza del problema, realizar un diagnóstico y planificar la intervención terapéutica.

La estrategia de evaluación más frecuente es la **entrevista clínica** general, en la que se recoge información sobre la naturaleza del problema, la historia reciente y pasada, la situación actual, los sentimientos y percepciones y los intentos por solucionar el problema. También se recogen las expectativas respecto al tratamiento.

Bell fue un predecesor importante de la terapia familiar al introducir la utilidad de las entrevistas conjuntas (con todos los miembros de la familia a la vez) para el tratamiento de problemas infantiles.

Además de la entrevista se recomienda completar la información con distintos tipos de pruebas. Sirvan como muestra las presentadas a continuación (ver tabla 6 en la página siguiente).

1.6. Terapia infanto-juvenil

Características generales

La intervención terapéutica con niños y adolescentes presenta particularidades que vienen determinadas por la singularidad de los cambios del desarrollo biopsicosocial que se experimentan en este periodo.

Consideraciones generales de la intervención

- Por lo general los niños no suelen pedir ayuda. Son los padres, profesores o médicos quienes detectan el problema y solicitan una intervención.

- El terapeuta debe determinar si la conducta considerada problemática lo es realmente.

- Es necesario evaluar la conducta en relación a criterios evolutivos, centrándose tanto en la conducta manifiesta como encubierta (PIR13, 234).

Según **Evans y Nelson**, hay que considerar la edad y el grado de desarrollo alcanzado por el niño o la niña a la hora de realizar un diagnóstico y de elegir un tratamiento, ya que una misma conducta puede requerir una intervención diferente dependiendo de la edad de inicio del problema.

- Involucrar a los padres e intentar modificar sus actitudes y percepciones acerca del problema de su hijo (PIR00, 140; PIR10, 152).

- Adaptarse al nivel de desarrollo del niño (PIR00, 145). Por ejemplo, adecuar el lenguaje (verbal y no verbal) al nivel y edad del niño.

- Recurrir en los casos necesarios a la terapia grupal. El sexo también es una variable relevante ya que por lo general se espera que los niños sean más agresivos, dominantes y activos, mientras que las niñas se espera que sean más dependientes, pasivas y sensibles.

Además las chicas muestran un exceso de conductas encubiertas con sentimientos disfóricos y de soledad (internalizantes), en cambio los chicos muestran más conductas verbales y agresivas (externalizantes).

Necesidad de enfatizar la conducta manifiesta

Varios hechos justifican que los terapeutas pongan el énfasis en la observación de la conducta manifiesta, sobre todo a la hora de valorar los efectos del tratamiento:

- La especificidad de la conducta en relación con la situación es tanto mayor cuanto menor es la edad del niño, lo que produce desacuerdo de los adultos a la hora de informar respecto a la gravedad de un comportamiento infantil y/o juvenil.
- La conceptualización de una conducta como problemática está relacionada con la concepción que tienen los adultos del problema, las habilidades de que disponen y con su propio estado psicológico.

ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS	Las más habituales. Permiten obtener información más objetiva. - Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). - Diagnostic Interview Schedule for Children Revised (DISC-R).
PRUEBAS DE INTELIGENCIA	- WISC-IV. - WPPSI-R. - Batería de evaluación para niños de Kaufman. - Cuarta edición del Stanford-Binet.
ESCALAS DE DESARROLLO	- Utilizadas para la evaluación intelectual de niños pequeños. - Bayley Scales of Infant Development.
PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS	- Halstead Neuropsychological Test Battery for Children (9-14 años). - Reitan-Indiana Neuropsychological Test (5-8 años). - Luria-Nebraska Neuropsychological Battery Children's Revision (8-12 años).
TESTS PROYECTIVOS	- Test de Rorschach. - Dibujo de la Figura Humana. - Dibuja una Persona. - Test de la casa-árbol-persona. - CAT (basado en el TAT).
EVALUACIÓN FUNCIONAL O GRADO DE DETERIORO QUE OCASIONA LA PSICOPATOLOGÍA EN EL NIÑO	- Children's Global Assessment Scale (CGAS). - Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS).

Tabla 6. Técnicas de evaluación infanto-juvenil.

- Hasta los 10-11 años, los niños no adquieren las habilidades de autoobservación y evaluación para informar sobre sí mismos con una mínima garantía.
- Posibilidad muy limitada de realizar registros psicofisiológicos en estas edades.

Colaboración con paraprofesionales

En el entrenamiento de personas ajenas al ámbito profesional del psicólogo no es específico del ámbito infanto-juvenil, pero los problemas de conducta de los niños suelen asociarse a situaciones muy concretas, por lo que la intervención más rentable es la que modifica el comportamiento en el contexto en el que se produce.

El entrenamiento de padres se constituye como una modalidad muy relevante dentro del entrenamiento de paraprofesionales, ya que los padres suelen contar con todos los elementos más significativos para los niños (al menos hasta los 13 años). Con el entrenamiento de padres se pretende modificar patrones de interacción padres-hijos que puedan fomentar la conducta social y disminuir la probabilidad de ocurrencia de la conducta desadaptada.

Habilidades del terapeuta infantil

El terapeuta infantil ha de realizar su trabajo en el seno de una atmósfera relajada y agradable (motivadora), donde parezca que todo fluye "espontáneamente de forma natural".

El terapeuta debe conocer, respetar y aplicar las consideraciones sociales, éticas y legales que recoge, tanto la legislación vigente como su Código Deontológico:

- Los derechos del niño obligan al terapeuta a informarle y decirle la verdad.
- A ser tomados en serio.

- Participar en la toma de decisiones (además es básico para conseguir colaboración).
- Derecho a la confidencialidad.
- Recibir tratamientos eficaces que resulten lo menos intrusivos que sea posible.

Proceso de intervención

Resulta necesario proceder de acuerdo a una guía que nos permita orientarnos en relación con la toma de decisiones, respecto a la selección de las estrategias de evaluación y tratamiento que puedan resultar más eficaces.

Mash y Terdal proponen la siguiente secuencia:

1. Concretar la **naturaleza del problema** (pública, privada, generalizada...).
2. Especificar de la forma más concreta posible las **características del niño/adolescente** y las de su familia. Detenerse en la evaluación de las habilidades cognitivas, el desarrollo del lenguaje, los determinantes biológicos pasados y/o actuales, la edad cronológica y las características familiares.
3. Concretar el **contexto** en el que se va a desarrollar la intervención. Lugares/situaciones se va a llevar a cabo la intervención terapéutica, el tiempo libre requerido, el nivel de entrenamiento que se precisa para comenzar, el nivel educativo y la accesibilidad de los coterapeutas.
4. Concretar las características que deben cumplir **el terapeuta y los coterapeutas**. Conocer el nivel de entrenamiento previo que puede requerir, tanto del terapeuta como de los coterapeutas, así como la cantidad y tipo de recursos técnicos requeridos.
5. Delimitar operativamente las características del **tratamiento a aplicar**.

Modalidades de intervención

Psicoanálisis infantil

Una de las defensoras del psicoanálisis infantil fue **Arminda Aberasturi**. Influida por Anna Freud y posteriormente por Melanie Klein, describió los problemas que pueden surgir en el psicoanálisis con niños, entre ellos, los desplazamientos que sufre el analista frente a los padres, y que puede hacer sentir que está robando el niño a sus padres.

Psicoterapia de grupo

Slavson fue uno de los pioneros en sistematizar la psicoterapia grupal para niños (PIR05, 73), aunque también **Adler** había realizado algún intento.

Algunas de las ventajas de la terapia grupal en niños son (PIR00, 146):

- Ahorro de tiempo y esfuerzo al sistema sanitario.
- Es interesante observar la interacción entre los participantes.
- Ofrece una oportunidad de socialización a los participantes.
- Los participantes lo viven como más atractivo y menos amenazante que la intervención individual.

CRITERIOS DE EXCUSIÓN EN GRUPO	PERFILES DE RIESGO EN GRUPO
Psicosis franca y descompensada Abuso de alcohol o drogas Adolescentes violentos e incapaces de controlar sus impulsos (PIR05, 74)	Aquellos que tienden a monopolizar las sesiones Aquellos que pueden servir fácilmente de chivos expiatorios Aquellos que disfrutan con el papel de matones

Tabla 7. Criterios de exclusión y perfiles de riesgo en terapia de grupo infantojuvenil.

Terapia de juego

Este tipo de terapia se apoya en el juego como elemento terapéutico.

Creada por **Melanie Klein**, se considera que el juego es la base para una interpretación psicoanalítica posterior, de forma similar a la asociación libre en adultos (PIR93, 43).

Anna Freud no compartía esta creencia, relacionándolo con experiencias recientes y sin interpretación simbólica.

Formación para para padres

Se plantea que cambiando la manera en que los padres se relacionan con los hijos pueden producirse cambios en el niño.

Estas intervenciones se utilizan sobre todo desde un marco conductual o de aprendizaje social, pero en general suele constituir un elemento de tratamiento que contempla otro tipo de intervenciones.

Centros de internamiento

Se utilizan ante trastornos graves de conducta, cuando la intervención ambulatoria no es viable o cuando hay riesgo de auto o heteroagresividad.

Otro motivo podría ser alejar al niño de un ambiente problemático.

Tratamiento farmacológico

En muchos casos se emplea tratamiento farmacológico, normalmente como parte de una intervención integral, combinada con una intervención psicoterapéutica, psicoeducativa o familiar.

Introducción a la psicología clínica infantil

Resumen de los puntos principales

En este apartado se incluyen las patologías que afectan a los menores de 18 años

En los adultos también podrían diagnosticarse estos trastornos, siempre y cuando su inicio haya sido anterior a los 18 años

Existen varias clasificaciones de los trastornos en población infantojuvenil:

1. Clasificaciones categoriales:

- Clasificación del Grupo para el Avance de la Psiquiatría (Group for the Advancement of Psychiatry -GAP-)
- Clasificación internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría
- Clasificación Diagnóstica de la salud mental y los trastornos del desarrollo de la infancia y la temprana niñez (DC: 0-3) del Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs

2. Clasificaciones dimensionales o empíricas:

- Achenbach y Quay: divide los problemas en internalizantes, externalizantes y mixtos

La intervención con niños y adolescentes tiene unas características específicas:

- Importancia del contexto evolutivo
- Necesidad de enfatizar la conducta manifiesta
- Colaboración con padres y otros profesionales (profesores...)
- Importancia de variables ambientales

La intervención puede ser:

- Individual
- Familiar/con los padres
- Grupal
- Farmacológica
- Centros de internamiento

TEMA 2 DISCAPACIDAD INTELECTUAL DSM 5

2.1. Introducción histórica

La conceptualización de retraso mental ha cambiado de forma considerable a lo largo de la historia, pudiendo diferenciarse dos etapas: periodo precientífico (hasta el s. XIX) y periodo científico (desde el s. XIX hasta la actualidad).

Se conoce que durante la antigüedad griega los niños con deficiencias eran asesinados, siendo el infanticidio una práctica habitual, lo que evitaba que un número elevado de personas con retraso mental llegara a la edad adulta.

Ya en el s. XVIII, **Pinel**, bajo el nombre de **idiotismo**, incluía un conjunto de trastornos deficitarios que incluían la demencia, la deficiencia intelectual y el estado de estupor. Además distinguía las formas congénitas de las adquiridas e identificó diferentes funcionamientos intelectivos. Pero fue su alumno **Esquirol**, quien hizo la distinción entre **demencia** y **oligofrenia (amentia)** y diferenció el retraso de las **psicosis**. Entonces se consideraba que la demencia suponía la pérdida de capacidades, mientras que en la idiocia nunca se han tenido.

Jean Marc Itard inicia formalmente el periodo científico a primeros del s. XIX al desarrollar el primer tratamiento a un niño con retraso mental: **"el niño salvaje de Aveyron"**. **Seguin** crea la primera escuela para niños retrasados en París y distingue la **idiotia** y la **imbecilidad**. Considera la imbecilidad incurable, frente al retraso mental, con cierto grado de recuperabilidad.

A finales del s. XIX, cobra una gran importancia **Montessori**, que plantea el retraso mental como un problema pedagógico y por lo tanto mejorable mediante un programa educativo.



Figura 1. Colegio Montessori en Holanda, 1915.

En 1905, **Alfred Binet y Theodore Simon** crean el primer test de inteligencia basado en muestras de funciones cognitivas superiores, que se utilizó para el diagnóstico del retraso mental (**PIR03, 78**). Esta prueba evalúa el juicio, la comprensión y el razonamiento, obteniendo el resultado mediante la diferencia entre edad mental y cronológica (**PIR08, 171; PIR 10, 11**).

En 1910, la **Asociación Americana para la Deficiencia Mental (AAMD)** clasifica el retraso mental en tres categorías: **idiotas** (desarrollo intelectual de un niño <2 años), **imbéciles** (desarrollo intelectual de un niño <7 años) y **morones** (desarrollo intelectual de un niño <12 años).

Henry Herbert Goddard introduce el test de Binet en USA y comienza a usar el término "morones".

Binet introdujo el concepto de **edad mental** para hacer referencia a la edad promedio en la que los sujetos resolvían un determinado número de problemas en su escala Binet-Simon. **Stern** acuñó el término **cociente mental**, para poner en relación la Edad Mental (medida con las pruebas de Binet) con la Edad Cronológica de los sujetos. El Cociente Mental de Stern es por tanto el cociente EM/EC.

En 1916 **Lewis Terman** hace la revisión de Stanford-Binet empleando por primera vez el término cociente intelectual y las siglas CI (resultado de dividir la edad mental por la edad cronológica y multiplicar el resultado por 100 como sugirió Stern) (**PIR16, 16**).

La extensión de los tests mentales hace que se detecten un gran número de casos entre la población, por lo que el retraso mental se ve como una amenaza y surgen movimientos de internamiento y reclusión de estas personas. Esto se ve reforzado por la visión genetista de la enfermedad, que temía una degeneración de la población.

Entre los años 20 y 40 cambia la actitud y comienza a considerarse como una entidad multifactorial: inteligencia, estado físico, familia, formación y rasgos de personalidad. Se trata por tanto de situaciones educativas y económicas que ya no justifican el internamiento en la mayoría de los casos. Se empieza a cuestionar la utilización de las pruebas de inteligencia, destacando los aspectos sociales y educativos y dando una mayor importancia a la conducta adaptativa.

En esta época aparecen los primeros test de inteligencia aculturales y **Doll** crea la conocida **Escala de madurez social de Vineland**. Doll define la deficiencia mental en función de seis criterios: la incompetencia social, la subnormalidad mental, la interrupción en el desarrollo, la presentación en la madurez, el origen constitucional y la condición esencialmente inmutable.

Con la obra de **Piaget** se da un cambio en la visión de la inteligencia, a partir del cual se defiende que ésta es algo en plena interacción y cambio entre lo genético y lo ambiental.

En 1943 **Leo Kanner** descubre el **autismo**, creando una nueva categoría diferente al retraso mental (**PIR**).

En los años 50 se comienza a dar una mayor importancia a la distinción entre retraso mental endógeno y exógeno. En 1959, la **AAMD** elabora la primera definición del retraso mental como "un funcionamiento intelectual inferior a la media, que tiene su origen en el periodo del desarrollo y que va asociado a un déficit en su conducta de adaptación". Por tanto pasa a considerarse una condición no médica, dinámica y relacionada con el desarrollo, la cultura y el ambiente social.

En el área médica se hacen diferentes avances como la identificación del síndrome de Down en la trisomía del par 21.

En los años 60 se produce un nuevo cambio de actitud respecto a la discapacidad intelectual y se considera que solo un 10-15% de los casos se deben a razones médicas, mientras que el resto se deben a factores culturales.

Con el auge de la modificación de conducta se piensa que la curación es posible mediante programas de entrenamiento basados en las teorías del aprendizaje.

En los años posteriores se produce un progresivo reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad. El concepto de normalización y la desinstitucionalización cobran

gran relevancia, favoreciendo la desinstitucionalización y la integración en comunidad.

Con el auge de las asociaciones y su nueva visión sobre la conceptualización, la evaluación y el tratamiento se produce un cambio importante, defendiendo la normalización y la desinstitucionalización de estos pacientes.

La **Asociación Americana para la Deficiencia Mental (AAMD)** pasó a llamarse Asociación Americana para el Retraso Mental (AAMR) en el año 1987. En los últimos tiempos, la AAMR defiende el cambio de denominación del trastorno, planteando sustituirlo por el de **discapacidad intelectual**, cambiando nuevamente el nombre de la asociación por el de **American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)**.

Esta misma postura mantiene la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), al sustituir en el **DSM 5**, el término de **Retraso Mental** por el de **Discapacidad Intelectual**.

2.2. Criterios diagnósticos

El concepto de retraso mental es multidimensional y complejo. Engloba un grupo de personas que presentan diferentes etiologías, clínicas y pronósticos muy diferentes por lo que forman un grupo diagnóstico muy heterogéneo.

Desde un modelo patológico la diferencia entre una persona deficiente y otra normal es cualitativa.

Desde un modelo estadístico la diferencia es cuantitativa y se basa en una distribución normal de la inteligencia.

Criterios de la AAIDD

Actualmente, los criterios que predominan son los aportados por la AAIDD en la décima edición de su "Manual de Retraso Mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo", planteamiento adoptado tanto por la OMS como por la APA.

La AAIDD prefiere el término **discapacidad intelectual** frente al de retraso mental. Defienden un modelo funcional, dado que es el funcionamiento social de la persona y no su CI es lo que importa a la hora de realizar una evaluación y un tratamiento

del problema. Entiende el retraso mental como una forma de ser de cierto tipo de personas que necesitan unos apoyos (**PIR96, 182**).

La definición implica cinco puntos principales:

- **Importancia del ambiente** aunque la discapacidad intelectual parta del déficit cognitivo. De esta manera, se toma como un estado específico de funcionamiento deficiente fruto de la interacción entre el individuo y su entorno habitual. La AAIDD afirma que la discapacidad intelectual no es algo que se tiene o que se es, tampoco es un trastorno mental, sino un estado concreto de funcionamiento que comienza en la infancia y en el que las limitaciones intelectuales coexisten con limitaciones asociadas en habilidades adaptativas. Las dificultades adaptativas son el verdadero parámetro a la hora de considerar la discapacidad intelectual. Por tanto, si la adaptación es el propio contexto el que tiene que ajustarse a las capacidades y necesidades de la persona.
- El **criterio de ajuste** es un criterio nomotético, pero se tiene en cuenta las particularidades de cada persona en cada ambiente.
- Se interesa por los **recursos de cada persona** para enfrentarse a sus dificultades. Parte de un modelo de inteligencias múltiples, en el que algunas de ellas pueden estar afectadas mientras que otras pueden alcanzar un rendimiento normal.
- Es necesaria una **evaluación multidimensional** que determine las áreas de intervención y los servicios necesarios.
- Parte de una **consideración optimista** en la que, con los apoyos adecuados, se mejorará la adaptación de las personas. Aunque existan causas para el déficit cognitivo original, la adaptación es un proceso continuo, dinámico en el que interaccionan tres componentes: capacidades, ambientes y apoyos.

Los elementos clave para esta definición son las **capacidades o competencias**, los **entornos** y el **funcionamiento**. El funcionamiento ha de mantenerse, estableciendo los apoyos adecuados a cada persona. Teniendo en cuenta cinco dimensiones (**ver figura 2**).

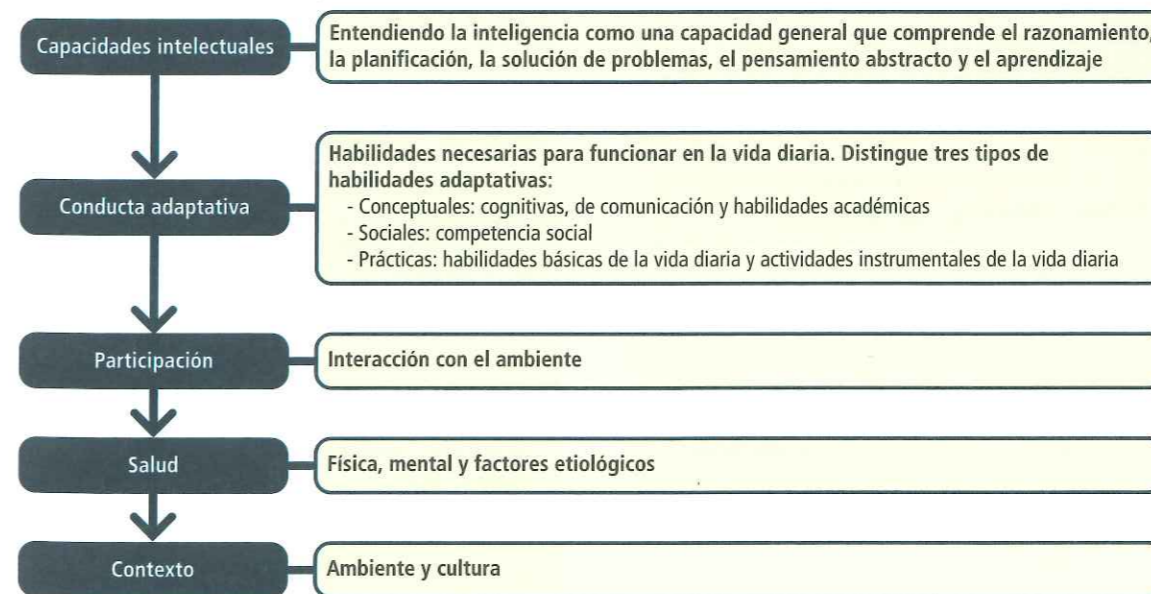


Figura 2. Dimensiones consideradas por la AAIDD.

Por lo tanto el modelo teórico incluye un esquema para la evaluación que incluye tres funciones:

1. Diagnóstico de retraso mental.
2. Clasificación y descripción.
3. Perfil de apoyos necesarios.

Criterios DSM-IV y CIE-10

La definición dada por el **DSM-IV-TR** se centra en la definición del estado actual, pudiendo ser una persona diagnosticada en un momento pero no en otros. Su diagnóstico se incluye en el **Eje II**, junto a los trastornos de personalidad (en este eje se incluyen aquellos trastornos que tienen un carácter estable) (**PIR05, 78**).

RETRASO MENTAL (DSM-IV-TR)
(PIR95, 69; PIR95, 253; PIR00, 153; PIR01, 41)

- A. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio:** un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el caso de los niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio) (CI por debajo de 2 desviaciones típicas de la media (**PIR95, 70; PIR03, 150**)).
- B. Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual** (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos 2 de las áreas siguientes:
 - Comunicación.
 - Vida doméstica.
 - Habilidades sociales/interpersonales.
 - Cuidado personal.
 - Autocontrol.
 - Utilización de servicios comunitarios.
 - Habilidades académicas funcionales.
 - Trabajo.
 - Ocio.
 - Salud.
 - Seguridad.
- C. Inicio anterior a los 18 años** (periodo de desarrollo) (**PIR00, 154**).

Especificar gravedad (muy preguntado en PIR):

- Retraso mental leve: CI entre 50-55 y 70.
- Retraso mental moderado: CI entre 35-40 y 50-55.
- Retraso mental grave: CI entre 20-25 y 35-40.
- Retraso mental profundo: CI inferior a 20-25.
- Retraso mental de gravedad no especificada: cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales.

Tabla 1. Retraso mental (DSM-IV-TR).

Como ya hemos visto, el **DSM 5** el término Retraso Mental por el de Discapacidad Intelectual, e incluye tres diagnósticos independientes:

- Discapacidad intelectual o Trastorno del Desarrollo Intelectual. Equivalente al diagnóstico de Retraso Mental del anterior DSM-IV-TR. Sus criterios diagnósticos se incluyen en la **tabla 2** (ver en la página siguiente).

- Retraso general del desarrollo. Se trata de una categoría diagnóstica de transición, aplicable a menores de 5 años, que se utiliza en situaciones de retraso en la adquisición de los hitos del desarrollo o cuando no puede realizarse una valoración sistemática del funcionamiento intelectual.

RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO (DSM 5)

Este diagnóstico se reserva para individuos menores de 5 años cuando el nivel de gravedad clínica no se puede valorar de forma fiable durante los primeros años de la infancia. Esta categoría se diagnostica cuando un sujeto no cumple con los hitos de desarrollo esperados en varios campos del funcionamiento intelectual, y se aplica a individuos en los que no se puede llevar a cabo una valoración sistemática del funcionamiento intelectual, incluidos niños demasiado pequeños para participar en las pruebas estandarizadas. Esta categoría se debe volver a valorar después de un periodo de tiempo.

Tabla 3. Retraso global del desarrollo (DSM 5).

- Discapacidad intelectual no especificada. Es otra categoría de transición, aplicable a mayores de 5 años, en condiciones de limitación (normalmente, sensorial) excepcionales.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL NO ESPECIFICADA (DSM 5)

Esta categoría se reserva para individuos mayores de 5 años cuando la valoración del grado de discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) mediante procedimientos localmente disponibles es difícil o imposible debido a deterioros sensoriales o físicos asociados, como ceguera o sordera prelingual, discapacidad locomotora o presencia de problemas de comportamiento graves o la existencia concurrente de trastorno mental. Esta categoría solo se utilizará en circunstancias excepcionales y se debe volver a valorar después de un periodo de tiempo.

Tabla 4. Discapacidad intelectual no especificada (DSM 5).

La **CIE-10**, por su parte, propone los siguientes criterios diagnósticos.

RETRASO MENTAL (CIE-10)

El retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un **desarrollo mental incompleto o detenido**, caracterizado principalmente por el deterioro de funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje y las de socialización.

Debido a las dificultades de comunicación de estos pacientes, se hace necesario, para efectuar el diagnóstico, confiar más de lo habitual en los síntomas objetivos.

Clasificación (muy preguntado en PIR):

- Leve: CI entre 50 y 69.
- Moderado: CI entre 35 y 49.
- Grave: CI entre 20 y 34.
- Profundo: por debajo de 20.

Tabla 5. Retraso mental (CIE-10).

DISCAPACIDAD INTELECTUAL (TRASTORNO DEL DESARROLLO INTELECTUAL) (DSM 5)

La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) es un trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Se deben cumplir los tres criterios siguientes:

- A. Deficiencias de las funciones intelectuales**, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.
- B. Deficiencias del comportamiento adaptativo** que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.
- C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas** durante el periodo de desarrollo.

Especificar la gravedad actual:

- Leve.
- Moderado.
- Grave.
- Profundo.

Tabla 2. Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) (DSM 5).

ÁREA COGNITIVA	- Reducida su capacidad de aprendizaje. - En la adolescencia el pensamiento suele ser excesivamente concreto, egocéntrico y suelen tener problemas tanto para elaborar conceptos como con el pensamiento abstracto. - Menor amplitud en la memoria de trabajo.
ÁREA MOTORA	- Problemas de coordinación y frecuente torpeza debido a dificultades en utilizar el esquema corporal. - Frecuente aparición de apraxias, estereotipias, problemas en movimientos finos e imitativos.
ÁREA DE LENGUAJE	- Frecuentes las alteraciones de la pronunciación, la articulación y trastornos en la voz o tartamudeo. - Más que una alteración en el desarrollo del lenguaje lo que se produce es un retraso en su aparición, pudiendo no llegar a los niveles del adulto (PIR08, 67; PIR09, 57). - En general, el nivel de desarrollo del lenguaje se relaciona con el grado de deficiencia mental.
ÁREA EMOCIONAL	- Frecuente la aparición de ansiedad, angustia y depresión. - El hecho de tener una mayor tasa de comorbilidad ha provocado que en muchas ocasiones se considere que estos problemas son un aspecto más de la discapacidad intelectual, lo que se ha denominado "eclipse del diagnóstico". Sin embargo en muchas ocasiones se debe establecer un diagnóstico dual.
ÁREA CONDUCTUAL	- Conductas auto o heteroagresivas, estereotipias, hiperactividad, aislamiento, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos mentales orgánicos, trastornos generalizados del desarrollo o demencia.

Tabla 6. Características del Retraso Mental.

2.3. Características del retraso mental

(Ver tabla 6)

2.4. Clasificaciones

Clasificaciones basadas en el CI

Clasificación predominante basada en la aportación de **Grossman** en 1983. Se basa en la severidad según los niveles de CI.

Hay que considerar el **error típico de medida**, que en los test de inteligencia suele situarse en torno a 5 puntos, por lo que el CI obtenido puede oscilar 5 puntos por encima o debajo del conseguido en un momento dado.

(Ver tablas 7 y 8 en la página siguiente)

Sistema de clasificación educativo

Se basa en el potencial de aprendizaje de habilidades escolares, sociales y personales.

(Ver tabla 9 en la página siguiente)

LEVE-LIGERO	- Afecta al 85% de las personas con discapacidad intelectual. - Son personas capaces de adaptarse socialmente, laboralmente y de adquirir conocimientos, ya que suelen desarrollar habilidades sociales y comunicativas. Pueden tener pequeños retrasos sensoriomotores. - Con los apoyos adecuados pueden vivir satisfactoriamente en comunidad.
MEDIO-MODERADO	- Afecta al 10% de las personas diagnosticadas. - Aunque con una mayor atención son capaces de mantener su autocuidado y de adquirir habilidades de comunicación así como de desplazarse de manera independiente. - Pueden realizar trabajos no cualificados con supervisión.
GRAVE-SEVERO	- Afecta a un 3-4% de los casos. - Asociado frecuentemente a daño neurológico (PIR15, 53). Pueden aprender a hablar y adquirir habilidades elementales de cuidado personal. - Necesitan una estrecha supervisión.
PROFUNDO	- Afecta a un 1-2% de los casos. - En su mayoría presentan daño neurológico y frecuentemente otro tipo de discapacidades, por lo que su tasa de mortalidad es muy elevada. - Necesitan una supervisión constante.

Tabla 7. Características de los subtipos de Retraso Mental según CI.

CATEGORÍAS (MUY PREGUNTADO)*	D.T	AAMR	DSM-IV	CIE-10
LIGERO	2-3	55-70	50/55-70	50-69
MODERADO	3-4	40-54	35/40-50/55	35-49
GRAVE	4-5	25-39	20/25-35/40	20-34
PROFUNDO	>5	<=24	<20/25	<20

*(PIR96, 184; PIR99, 194; PIR02, 91; PIR03, 154; PIR04, 185; PIR05, 80; PIR10, 24)

Tabla 8. Correspondencia de CI en distintas clasificaciones.

NIVELES	SIGLAS	PRONÓSTICO EDUCATIVO	CORRESPONDE A
EDUCABLE	EMR	Lectura, escritura y cálculo	Ligero
ENTRENABLE	TMR	Autocuidado y ajuste personal y social	Moderado
PROFUNDO (CUSTODIABLE)	PMR	Autocuidado, supervisión constante	Grave y profundo

Tabla 9. Clasificación del Retraso Mental desde la perspectiva educativa.

APOYO	FRECUENCIA	DURACIÓN	ÁMBITO
INTERMITENTE	Episódico (PIR)	Poca	Algún área
LIMITADO	Continuado (PIR)	Limitada	Algún área
EXTENSO	Frecuente	No limitada (PIR)	En varias áreas
GENERALIZADO	Muy frecuente	Mucha	Casi todas las áreas (PIR)

Tabla 10. Niveles de apoyo identificados por la AAIDD.

Clasificación de la AAIDD

La novena clasificación de la AAIDD plantea un nuevo enfoque multidimensional basado en las necesidades de apoyo del individuo (PIR97, 211). No considera el retraso mental como un rasgo estable sino como un estado (PIR), por lo que rechaza la clasificación tradicional basada en el CI, en función de la intensidad de los apoyos necesarios, estableciendo cuatro niveles (ILEG) (PIR95, 71) (ver tabla 10):

- **Apoyo intermitente.** Apoyo de poca frecuencia y duración, de carácter episódico (en momentos concretos) y que puede darse intensidad alta o baja.
- **Apoyo limitado.** Apoyo continuado, no puntual o intermitente aunque de tiempo limitado. Solo se refiere a algunas áreas.
- **Apoyo extenso.** Apoyo regular tanto en la frecuencia como en la intensidad, en alguna o varias áreas y sin limitación temporal.

- **Apoyo generalizado o permanente.** Apoyo de gran intensidad y frecuencia necesario para la vida de la persona con discapacidad intelectual.

Este sistema requiere tener en cuenta varios factores incluyendo:

- Duración temporal.
- Frecuencia temporal.
- Contextos en los cuales se necesitan apoyos.
- Recursos requeridos.
- Grado de intromisión en la vida personal.

2.5. Etiología

La AAMR propone cuatro tipos de factores etiológicos implicados en el retraso mental (PIR10, 25):

- **Biomédicos.** Debido a factores biológicos como la genética o la nutrición.
- **Sociales.** Debidos a la interacción familiar y social, donde se incluiría el comportamiento de los adultos.
- **Conductuales.** Comportamientos parentales que podrían precipitar la discapacidad como negligencias o el abuso de sustancias por parte de la madre durante el embarazo.
- **Educativos.** Falta de apoyo educativo y de enseñanza de habilidades adaptativas.

ALTERACIONES EN LOS AUTOSOMAS	- Síndrome de Lejeune - Síndrome de Williams - Síndrome de Patau - Síndrome de Prader Willi - Síndrome de Angelman - Síndrome de Edwards - Síndrome de Down
ALTERACIONES ASOCIADAS AL CROMOSOMA X	- Síndrome de X frágil - Síndrome de Turner - Síndrome de Klinefelter
ALTERACIONES EN EL METABOLISMO	- Fenilcetonuria - Galactosemia - Síndrome de Tay-Sachs - Síndrome de Lesch-Nyhan

Tabla 11. Tabla-Resumen etiología del Retraso Mental.

(Ver tablas 12, 13 y 14 en las páginas siguientes)

2.6. Epidemiología

Un CI inferior o igual a 70/75 supone estar dos desviaciones típicas por debajo de la media (PIR), lo que afecta alrededor de un 2,5% de la población.

Se calcula una prevalencia en torno al 1-2% en los países desarrollados, sin embargo es muy posible que los datos no sean

generalizables, ya que los datos epidemiológicos están influidos por diversos factores como la definición utilizada de retraso mental, la edad de los sujetos, la adaptación al ambiente, la mortalidad diferencial o incluso la metodología empleada (PIR96, 183).

Según el DSM, es más frecuente en varones con una proporción de 1.5 varones por cada mujer.

Se diagnostica en los primeros años de vida, pero en ocasiones no es detectado hasta que comienza la escolaridad. Se diagnostica más en familias de clase social baja.

Para un 30-40% de los casos no puede determinarse una etiología específica, pero se conocen los algunos factores predisponentes:

- Herencia (5% aprox.).
- Alteraciones tempranas del desarrollo embrionario.
- Problemas en el embarazo y perinatales.
- Enfermedades médicas adquiridas durante la infancia y la niñez.
- Influencias ambientales y otros trastornos mentales.

2.7. Curso

El inicio debe ser anterior a los 18 años (PIR).

El inicio, el curso y la gravedad del trastorno dependen de la etiología que haya provocado el cuadro.

Su inicio puede ser brusco.

Suele ser crónico y estable, aunque algunos sujetos con retraso leve pueden tener una buena evolución hacia la remisión del trastorno.

2.8. Diagnóstico diferencial

DEMENCIA	- Pueden darse conjuntamente, pero la demencia supone una pérdida de las funciones previas y en la discapacidad intelectual los problemas se dan desde el inicio. - El DSM no especifica esta distinción y permite diagnosticar RM por traumatismo.
TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE	- En estos casos se produce una alteración de un área específica, mientras que en el RM la alteración es generalizada.
TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO	- Suele acompañarse de alteración cualitativa de la interacción social, y de las habilidades verbales y no verbales de comunicación social. - El 75-80% de TGD presentan comorbilidad con RM. Pueden diagnosticarse ambas patologías a un mismo individuo.
CAPACIDAD INTELLECTUAL LÍMITE	- Es difícil realizar el diagnóstico diferencial ya que se encuentran con un CI de entre 71-84 pero con un deterioro en la capacidad de adaptación. Se requiere una evaluación minuciosa.

Tabla 15. Diagnóstico diferencial del Retraso Mental.

SÍNDROME DE LEJEUNE	<ul style="list-style-type: none"> - Síndrome 5p-, delección en el brazo corto -p- del cromosoma 5. - También denominado de maullido de gato por el tono del llanto de estos niños debido a una malformación en la laringe. - Aparece con retraso mental y otras alteraciones anatómicas.
SÍNDROME DE WILLIAMS	<ul style="list-style-type: none"> - Delección en el cromosoma 7. - Se da en 1/20.000 nacimientos. - Produce alteraciones verbales, motoras y perceptuales. - Presentan múltiples alteraciones orgánicas. - Presentan rasgos faciales de "elfo" o "duende", con cara alargada y orejas grandes.
SÍNDROME DE PATAU	<ul style="list-style-type: none"> - Trisomía en el par 13. - Son niños que mueren tempranamente. - Tienen alteraciones faciales, labio leporino y menor distancia interorbital, además de alteraciones cardíacas y renales.
SÍNDROME DE PRADER-WILLI	<ul style="list-style-type: none"> - Delección en el brazo largo -q- del cromosoma 15, en el gameto masculino. - Se produce en 1/5.000 nacimientos. - Caracterizado por obesidad, apetito desmedido o hiperfagia y retraso mental.
SÍNDROME DE ANGELMAN	<ul style="list-style-type: none"> - Delección en el brazo largo -q- del cromosoma 15, en el gameto femenino. - Se estima un caso de cada 15.000/30.000 nacimientos. - Produce retraso mental grave, risa convulsiva y movimientos involuntarios parecidos a los de las marionetas.
SÍNDROME DE EDWARDS	<ul style="list-style-type: none"> - Trisomía en el par 18. - Niños con múltiples malformaciones que mueren tempranamente.
SÍNDROME DE DOWN (PIR)	<ul style="list-style-type: none"> - Trisomía en el par 21 (PIR96, 96). - Es una de las causas más comunes del retraso mental (PIR03, 164). - Afecta a 1/700 nacidos vivos (PIR95, 249). - Factores de riesgo: edad de la madre (>35 años) (PIR94, 131). - Se caracteriza por retraso mental de ligero a moderado y por un aspecto físico fácilmente reconocible con pliegues en las esquinas de los párpados, cuello corto, nariz pequeña y alteraciones en la lengua que es gruesa y agrietada. - Tienen mayor riesgo de presentar patologías cardíacas, en el sistema digestivo o endocrino. - Sufren de retrasos en las diferentes funciones del lenguaje y está asociado a una menor capacidad mnésica (PIR07, 47; PIR08, 67; PIR09, 57).

Tabla 12. Alteraciones autosómicas asociadas con el Retraso Mental.

SÍNDROME DE X-FRÁGIL	<ul style="list-style-type: none"> - Se produce por la fragilidad en un brazo del cromosoma X. - Da lugar a retrasos mentales leves y moderados, aunque pueden ser graves. - Sufren de dificultades en el procesamiento de la información y el lenguaje. - Pueden presentar hiperactividad y alteraciones de tipo autista. - Se da más en varones que en mujeres.
SÍNDROME DE TURNER (PIR)	<ul style="list-style-type: none"> - 45 cromosomas: X0. - Se manifiestan como mujeres estériles, de baja estatura (PIR95, 247), cuello ancho y escaso desarrollo sexual. - En la mayoría de los casos no hay retraso mental aunque sí que su inteligencia está por debajo del promedio. - Aunque no desarrollan las gónadas se convierten en mujeres con órganos sexuales internos y genitales externos femeninos normales.
SÍNDROME DE KLINEFELTER	<ul style="list-style-type: none"> - 47 cromosomas: XXY. - Se produce por una mutación que da lugar a un par 23 XXY. - Se trata de varones que al llegar a la pubertad dan muestras de hipogonadismo, poco desarrollo sexual y esterilidad. - A menudo tiene características de los dos sexos. - Su CI es ligeramente inferior al normal (PIR04, 166). - Se ha relacionado con la edad avanzada de la madre.

Tabla 13. Alteraciones de cromosomas sexuales asociadas con el Retraso Mental.

FENILCETONURIA (PKU)	<ul style="list-style-type: none"> - Provocado por un gen recesivo en el cromosoma 12. - Se produce en 1/10.000 nacimientos. - Este gen produce la carencia innata de la enzima fenilalanina hidroxilasa que impide que la fenilalanina se convierta en tirosina, por lo que se produce una acumulación de la fenilalanina, lo que dificulta la mielinización del sistema nervioso central (PIR95, 246). - Si se diagnostica precozmente el niño puede ser sometido a una dieta pobre en fenilalanina permitiendo una adecuada mielinización (PIR95, 236). - Si la enfermedad se produce se dan convulsiones periódicas, ataques cardíacos, retraso mental grave, hiperactividad y en algunos casos autismo.
GALACTOSEMIA	<ul style="list-style-type: none"> - Se produce por una alteración en el metabolismo de la galactosa en glucosa. - Puede producir retraso mental, cataratas, insuficiencia hepática, hipoglucemia y convulsiones. - Si se administra precozmente una dieta sin galactosa el niño puede desarrollarse normalmente.
SÍNDROME DE TAY-SACHS	<ul style="list-style-type: none"> - Es una enfermedad degenerativa provocada por un par de genes recesivos. - Se da en 1/100.000 nacimientos. - En el nacimiento pueden parecer normales, pero según van creciendo van quedándose ciegos y con un progresivo deterioro de las habilidades mentales y las capacidades motoras, llegando la muerte normalmente sobre los 6 años.
SÍNDROME DE LESCH-NYHAN	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno poco frecuente, pero aún sin tratamiento. - Se caracteriza por retraso mental y conductas compulsivas con automutilaciones. - Se da exclusivamente en varones que mueren muy pronto. - Ligado al cromosoma X: las mujeres pueden ser portadoras pero no sufrir el síndrome ya que es contrarrestado por el otro cromosoma X.

Tabla 14. Alteraciones metabólicas asociadas con el Retraso Mental.

2.9. Evaluación

Funcionamiento intelectual

El instrumento de evaluación debe ser un test válido, fiable y estandarizado de inteligencia general, aplicado de forma individual y por una persona entrenada.

No existe ninguna prueba especialmente creada para esta población, por lo que habitualmente se usan escalas de inteligencia, siendo las más utilizadas:

- Escala de Inteligencia Stanford-Binet (Terman-Merrill). La más adecuada para valorar retraso mental (PIR95, 73).
- Escalas Weschsler (dependiendo de la edad).
- Test de McCarthy (MSCA) de aptitudes y psicomotricidad para niños.
- Batería Kaufman para niños (K-ABC).

En España se han elaborado pruebas para evaluar la inteligencia, creadas para población española: **Escala Magallanes de Inteligencia para niños (EMIN-6)** de 3 a 7 años, y la **Batería de Evaluación de la Inteligencia Cervantes** para niños de 6 a 18 años. Otra prueba de inteligencia utilizada en España es la **Batería de Aptitudes y Habilidades Intelectuales BA-DyG**.

Sin embargo, todas estas escalas no son útiles para planificar la intervención ni para predecir el desarrollo, por lo que se ha planteado un modelo alternativo, una evaluación dinámica que pretende medir el grado de modificabilidad cognitiva del individuo.

El objetivo que busca la evaluación del **potencial del aprendizaje (PA)** es definir las condiciones necesarias para producir cambios.

Entre estos métodos se encuentra el **Dispositivo de Evaluación del Potencial del Aprendizaje (Learning Potential Assessment Device, LPAD)**. En España, **Rocío Fernández Ballesteros** ha elaborado la **Evaluación del Potencial de Aprendizaje 2 (EPA-2)**.

Desarrollo madurativo

Debemos conocer cuál es el nivel de funcionamiento del niño en todas las áreas, para ello se suelen aplicar los Tests de desarrollo madurativo, que nos ofrecen un **Cociente Madurativo (CD)**. Suelen aplicarse a niños muy pequeños, por debajo de los 3 años de edad. Entre ellas están:

- Escala de madurez de Gessell. Evalúa el grado de desarrollo en niños pequeños (PIR02, 78).
- La escala de Brunet Lezine. Muy adecuada para valorar el desarrollo psíquico del lactante (PIR93, 171).
- Las escalas Bayley.
- El inventario Batelle.
- La escala de Brazelton.
- La escala ordinal de desarrollo psicológico de Uzgiris-Hunt.
- Escala BAS.

Habilidades adaptativas

En la evaluación de las habilidades adaptativas hay que considerar 10 áreas:

Comunicación
Autocuidado
Habilidades de la vida en el hogar
Utilización de la comunidad
Autogobierno
Salud y seguridad
Académicas funcionales
Ocio y tiempo libre
Trabajo

Tabla 16. Áreas de habilidad a explorar en el Retraso Mental.

Para ello pueden utilizarse las siguientes escalas, que nos ofrecen un **Cociente de Adaptación (CA)**:

- Escala de madurez social de Vineland de Doll. Ofrece una edad social (ES) y un cociente de desarrollo social (CS) (PIR00, 102).
- Escala de evaluación del desarrollo social de Hurting and Zazzo.
- Medida gráfica de desarrollo madurativo, PAC de Gunzburg. Permite una evaluación cualitativa del sujeto y la compara con sujetos del mismo nivel intelectual (PIR95, 72). Ha sido creada para evaluar habilidades sociales y adaptativas en niños con discapacidad intelectual y también para evaluar los resultados de las intervenciones.
- La West-Virginia y Universidad Autónoma de Madrid (WV-UAM), como adaptación española de la *West Virginia Assessment and Tracting System* (WVAATS).
- Guía Portage de educación preescolar de Blume, Shearer, Forman y Hilliard.
- Escalas de conducta adaptativa de la AAMD de Nihira, Foster, Sheliass y Leland.
- Test global de conducta adaptativa de Adams.
- Inventario para la planificación de servicios y la planificación individual (ICAP) de Bruininks, Hill, Weatherman y Woodcock, adaptado a la población española por Montero. Se considera el instrumento de referencia para la evaluación de habilidades de adaptación de la persona con discapacidad intelectual.

2.10. Tratamiento

(Para mayor información, consultar el Manual APIR de Tratamientos Psicológicos)

La intervención debe basarse en acceder a un entorno lo menos restrictivo posible y favorecer un modo de vida lo más independiente posible.

El modelo de la **AAIDD** implica agrupar las actividades por niveles o intensidades de apoyo. Se pueden distinguir varias fases:

1. Identificar intereses y capacidades del individuo.
2. Desarrollar un plan de acción individual.
3. Crear oportunidades de vida independiente.

Uno de los principales objetivos debe ser mejorar las habilidades para la independencia, la productividad y la integración en la comunidad.

TERAPIAS DINÁMICAS

En sus comienzos no se utilizaba el psicoanálisis con personas con discapacidad intelectual, ya que consideraba necesario un buen nivel intelectual para que las sesiones fueran efectivas. Actualmente, el tratamiento va dirigido a incrementar el insight del paciente sobre sus propios impulsos y sus posibles causas, aumentando su conciencia sobre las consecuencias negativas que sufre por tales conductas. Otro objetivo es el incremento de la conciencia del propio sujeto sobre sus propios sentimientos, para poder aumentar el control sobre tales sentimientos y sobre las conductas asociadas.

TERAPIA DE CONDUCTA

Desde la terapia de conducta se utilizan las principales técnicas operantes tanto para aumentar conductas deseadas (reforzamiento positivo y negativo, moldeamiento, encadenamiento, economía de fichas, modelado, guía física) como para reducir conductas indeseadas (extinción, entrenamiento por omisión, tiempo fuera castigo).

Recientemente **Verdugo**, ha creado en España una serie de programas basados en la modificación de conducta para el desarrollo de las habilidades adaptativas denominados **Programas Conductuales Alternativos (PCA)**.

- Estos programas están formados a su vez por tres programas:
- Programa de Orientación al Trabajo (POT, 1996).
 - Programa de Habilidades Sociales (PHS, 1997).
 - Programa de Habilidades de la Vida Diaria (PVD, 2000).

Tabla 17. Intervención en el Retraso Mental.

Resumen de los puntos principales

Discapacidad intelectual

La definición del Retraso Mental incluye tres aspectos principales:

1. Déficit intelectual
2. Desadaptación
3. Inicio en el desarrollo (antes de los 18 años)

La AAIDD propone 5:

1. Funcionamiento intelectual
2. Funcionamiento adaptativo
3. Área psicológica
4. Estado físico
5. Contexto adaptativo

El trastorno es multicausal. Hay muchas etiologías que pueden producir el trastorno: culturales, funcionales, orgánicas...

Hay diversos síndromes que pueden causar la discapacidad intelectual como son entre otros:

- Síndrome de Down
- X- Frágil
- Fenilcetonuria
- Síndrome de Turner

Afecta al 2% de la población

En la intervención se deberá:

- Identificar intereses y capacidades del individuo
- Desarrollar un plan de acción individual
- Crear oportunidades de vida independiente

TEMA 3

TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA DSM 5 Y OTROS TRASTORNOS GLOBALES DE LA INFANCIA

3.1. Introducción y clasificaciones internacionales

En este tema vamos a explicar, aparte de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) del DSM-IV-TR (Trastornos del Espectro Autista, TEA, en el DSM 5), los trastornos psicóticos en la infancia y adolescencia y otros trastornos que no aparecen en las clasificaciones más seguidas (DSM y CIE).

Los TGD/TEA se caracterizan por la presencia de tres tipos de alteraciones, que suelen aparecer en los primeros años de vida y son impropias para la edad mental de la persona (PIR01, 91; PIR00, 158):



Figura 1. Principales alteraciones en los TGD.

(Ver tabla 1)

En el desarrollo del presente capítulo vamos a explicar los distintos diagnósticos incluidos en el DSM-IV-TR, para exponer a continuación, el diagnóstico único de Trastorno del Espectro Autista del DSM 5.

3.2. Trastorno autista (DSM-IV-TR)

Introducción histórica

El primero en utilizar el término autismo fue **Bleuler** en 1911, aunque no se refería a un síndrome, sino a uno de los principales síntomas de la esquizofrenia: la tendencia a aislarse del mundo real.

En 1943 **Leo Kanner** fue el primero en describir el trastorno tal y como lo conocemos hoy en día bajo el nombre de "autismo

infantil temprano" (PIR02, 95). Este autor lo define entonces como un "síndrome comportamental, en el que aparecen alteraciones del lenguaje, en las relaciones sociales, en las conductas y en los procesos cognitivos, manifestándose en las primeras etapas de la vida".

Kanner, consideraba que el trastorno estaba causado por factores biosociales, en los que la predisposición orgánica se sumaba a un entorno social desfavorable dirigido por unos padres emocionalmente fríos, que muestran poco cariño y con rasgos obsesivo-compulsivos llamados "padres nevera" (PIR96, 177).



Figura 2. Leo Kanner.

(Ver tabla 2 en la página siguiente)

DSM-IV-TR TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	DSM 5 TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO	CIE-10 TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO
Trastorno autista Trastorno de Rett Trastorno desintegrativo infantil Trastorno de Asperger	Trastorno del espectro autista	Autismo infantil Síndrome de Rett Otros trastornos desintegrativos Síndrome de Asperger Autismo atípico
TGD no especificado		Trastorno Hiperactivo con RM y movimientos estereotipados Otros TGD Sin especificar

Tabla 1. Comparativa TGD en DSM y CIE.

CARACTERÍSTICAS DEL AUTISMO SEGÚN KANNER

1. "Aislamiento autista": incapacidad para desarrollar interacciones con los demás.
2. Deseo compulsivo de mantener el entorno sin modificaciones.
3. Alteraciones del lenguaje (retraso en su adquisición, ecolalia, inversión pronominal...) (PIR).
4. Actividades repetitivas y estereotipadas.
5. Capacidad imaginativa muy disminuida.
6. Buena memoria mecánica.
7. Apariencia física normal.

Tabla 2. Características del Autismo según Kanner.

En 1944, **Asperger** presentó de forma independiente un diagnóstico similar bajo el nombre de "psicopatía autista". Este trastorno es denominado hoy en día como Trastorno de Asperger.

En los años 60 aparecen los trabajos de **Rutter**, quien consideraba que en los niños autistas están presentes tres grupos de síntomas:

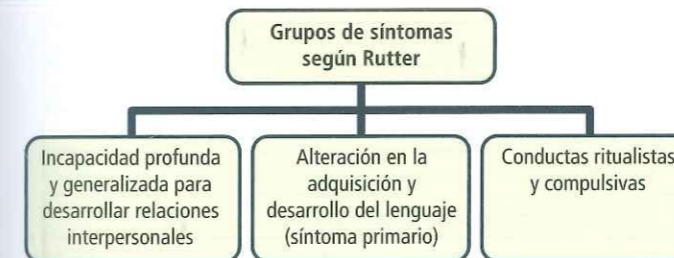


Figura 3. Grupos de síntomas del autismo según Rutter.

Rutter defiende un origen orgánico del trastornos, pero concibiéndolo como un síndrome conductual.

En base a las posturas de **Kanner y Rutter** surgen dos posturas acerca del síntoma principal del autismo:

- Seguidores de **Rutter**.
La alteración del lenguaje (alterado y retrasado, alteración cuantitativa y cualitativa) (PIR98, 164).
- Seguidores de **Kanner**.
La alteración social.

A lo largo de su historia, el trastorno ha recibido múltiples denominaciones: **autismo infantil temprano, autismo infantil o autismo de Kanner**.

En los años 80 surgió un nuevo concepto a partir de los trabajos de **Lorna Wing y Judith Gould**: comienza a hablarse de **Trastornos del espectro autista (TEA)**. Este concepto permite incluir muchos casos que no cumplen criterios de TGD, pero que sí presentan características de tipo autista. Los TEA se caracterizan por la presencia de la llamada Triada Autista o Triada de Wing:

- Alteraciones de la socialización.
- Alteraciones de la comunicación: principalmente, en la función pragmática del lenguaje, según **Uta Frith** (PIR93, 159).
- Alteraciones de la imaginación y la comprensión social.

Rivière desarrolla el concepto de Wing diferenciando 12 dimensiones psicológicas asociadas a los TEA, agrupadas en 4 áreas.

Para la **National Society for Autistic Children (NSAC)**, el autismo puede definirse como un "síndrome conductual, cuyos

rasgos esenciales implican alteraciones del desarrollo, respuestas a estímulos sensoriales, el habla, el lenguaje, las capacidades cognitivas y las capacidades para relacionarse con las personas, sucesos y objetos".

Criterios diagnósticos

El autismo, también llamado Síndrome de Kanner, es un trastorno muy heterogéneo en cuanto a síntomas y características conductuales, con una marcada alteración del desarrollo normal (PIR04, 184).

TRASTORNO AUTISTA (DSM-IV-TR) (PIR02, 71; PIR93, 136)

- A. Un total de 6 o más ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1) y uno de (2) y de (3):
 1. **Alteración cualitativa en las relaciones sociales** (que es importante y duradera), al menos dos características (PIR96, 179):
 - Déficit en la comunicación no verbal (contacto ocular, gestos, expresión facial).
 - Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros y familia.
 - Ausencia de tendencia espontánea para relacionarse.
 - Falta de reciprocidad social o emocional.
 2. **Alteración cualitativa de la comunicación:**
 - Retraso o ausencia en la adquisición del lenguaje verbal.
 - Alteración de la capacidad para iniciar o mantener una conversación.
 - Lenguaje idiosincrásico, lleno de repeticiones y estereotipias.
 - Ausencia de juego realista espontáneo, variado o juego imitativo social.
 3. **Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivos y estereotipados:**
 - Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados.
 - Adhesión inflexible a rituales específicos no funcionales.
 - Manierismos motores
 - Preocupación persistente por partes de objetos.
- B. Al menos una alteración de las anteriores se inició antes de los 3 años.
- C. No es un Tr. De Rett ni un Desintegrativo infantil.

Tabla 3. Trastorno autista (DSM-IV-TR).

AUTISMO INFANTIL (CIE-10) (PIR01, 48; PIR99, 243)

- A. Alteración de una de las siguientes áreas antes de los 3 años:
 1. En el lenguaje receptivo y/o expresivo.
 2. En el desarrollo de vínculos sociales y/o interacción social.
 3. En el juego funcional y/o simbólico.
- B. Alteración cualitativa en la interacción social recíproca.
- C. Alteraciones cualitativas de la comunicación.
- D. Patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de conducta, intereses y actividades.
- E. No se debe a otros TGD, tr. Reactivo de la vinculación, RM con alteraciones conductuales o emocionales ni a esquizofrenia.

Tabla 4. Autismo infantil (CIE-10).

Características del autismo

(Ver tablas 5, 6 y 7)

ÁREA	DIMENSIÓN
Desarrollo social	1. T. de la relación social 2. T. de la referencia conjunta 3. T. intersubjetivo y mentalista
Comunicación Y lenguaje	4. T. de funciones comunicativas 5. T. del lenguaje expresivo 6. T. del lenguaje receptivo
Anticipación/ Flexibilidad	7. T. de la anticipación 8. T. de la flexibilidad 9. T. del sentido de la actividad
Simbolización	10. T. de la ficción e imaginación 11. T. de la imitación 12. T. de la suspensión

Tabla 5. Áreas de disfunción en el autismo. Tomado de COMECHE MORENO, M. I. Y VALLEJO PAREJA, M. A. (2005): *Manual de Terapia de conducta en la Infancia*. Madrid. Dykinson. Página 559.

Clasificaciones

En función de la interacción social, Wing y Gould proponen 3 patrones diferentes (ver figura 4 en la página siguiente).

Epidemiología

Tradicionalmente se situaba en 4,5/10.000 nacimientos, pero datos más recientes apuntan a una prevalencia de 10-15/10.000.

Es 4 veces más probable en varones.

Se ha encontrado una fuerte prevalencia entre hermanos, siendo ésta mucho mayor en los gemelos monocigóticos, llegando a alcanzar el 80%.

ALTERACIONES DEL LENGUAJE AUTISTA (PIR15, 51) (RIVIERE Y BELINCHÓN)

- Mutismo
- Emisión de oraciones completas en situaciones de emergencia
- Empleo de negación simple como "protección mágica"
- Literalidad
- Inaccesibilidad
- Ecolalia inmediata
- Ecolalia demorada (PIR07, 206)
- Inversión pronominal (PIR93, 140)
- Evitación pronominal
- Lenguaje metafórico
- Dificultades de comprensión
- Escasez de vocabulario
- Empleo de neologismos
- Dificultades articulatorias
- Escasez de preguntas e informaciones con valor informativo
- Falta de intención comunicativa
- Dificultades para comprender y utilizar gestos
- Frecuencia de imperativos
- Alteraciones del tono, ritmo e inflexión
- Limitaciones del "output" verbal
- Falta de correspondencia entre la prosodia y el sentido
- Interés por el sonido sin captar el sentido
- Falta de coordinación entre los gestos y las emisiones verbales

Tabla 6. Alteraciones del lenguaje en el autismo (Riviere y Belinchón).

OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL AUTISMO

Respuesta anormal al ambiente físico: manifiestan un déficit o un exceso de respuesta ante diferentes estímulos (como si sufrieran un déficit sensorial). Por otro lado suelen responder a un único componente estimular: "hiperselectividad estimular".

Alteraciones cognitivas: el niño autista puede tener un CI normal, pero es muy frecuente encontrar asociada discapacidad intelectual (en ese caso deben hacerse ambos diagnósticos), solo un 20% de las personas con autismo tienen un CI por encima de 70.

TIPO DE RM	CI	%
SIN RM	Más de 69	20
RM LEVE	Entre 50 y 69	20
RM MÁS GRAVE	Menor de 50	60

Por otro lado, algunos de ellos pueden mostrar habilidades extraordinarias en un campo concreto como la música o la aritmética ("idiot savant"). Una alteración básica es la denominada "ceguera mental" o la carencia de una teoría de la mente con la que poder atribuir estados mentales a los demás.

Alteraciones motoras: conductas estereotipadas en las que emplean gran parte del tiempo. Pueden sufrir de hiperactividad, rabiets y manifestaciones hetero o autoagresivas, sobre todo si sufren de retraso mental severo.

Otras conductas: pueden sufrir de fobias o por el contrario respuestas carentes de temor ante estímulos peligrosos, trastornos del sueño, de la conducta alimentaria o alteraciones del humor (reír o llorar mucho y sin motivo).

Tabla 7. Otras características del autismo.

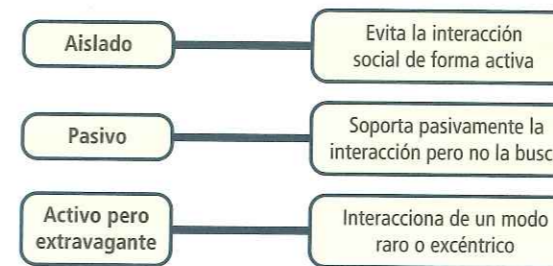


Figura 4. Subtipos de autismo (Wing y Gould).

Curso

Por definición el trastorno debe aparecer antes de los 3 años. Este inicio puede ser brusco o insidioso, con un curso crónico y continuo que se desarrolla de manera lenta y estable, aunque puede ser errático con mejoras y retrocesos en el funcionamiento.

Solo un pequeño porcentaje llega a vivir autónomamente en la vida adulta.

(Ver tabla 8)

Diagnóstico diferencial

(Ver tabla 9)

FASES DEL AUTISMO (RIVIERE)

- Normalidad aparente en los 8-9 primeros meses, acompañada de tranquilidad expresiva o pasividad no bien definida.
- Ausencia de comunicación intencionada tanto para pedir como para declarar entre los 9 y los 17 meses. Ausencia de protoimperativos y protodeclarativos.
- Clara manifestación de las alteraciones que suele coincidir con la llamada fase locutiva del lenguaje. A partir de los 18 meses son signos de alarma la reducción del contacto visual, limitación en la respuesta de orientación al nombre, ausencia de atención conjunta, limitaciones en la imitación, alteraciones en la comunicación no verbal y retraso en el desarrollo del lenguaje.

Tabla 8. Fases del autismo (Riviere).

Etiología

El origen del autismo es aún desconocido. Existe un acuerdo en considerar que tiene un origen biológico, pero contando con factores ambientales. Actualmente se piensa que no hay una única causa del trastorno, sino que se plantea una etiología multicausal (múltiples causas originan el mismo trastorno).

RETRASO MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> Tienen una alta comorbilidad: 70-75% de los TGD tienen RM. Los niños con retraso tienen conservada su capacidad de comunicación. Por otro lado los niños que sufren de discapacidad intelectual tienen una limitación en todas las habilidades, mientras que los autistas pueden tener potenciadas algunas de ellas ("idiot savant"). Las alteraciones en el lenguaje son cualitativa y cuantitativamente distintas.
ESQUIZOFRENIA INFANTIL	<ul style="list-style-type: none"> La esquizofrenia suele tener un inicio más tardío (5-15 años). No tiene las características del trastorno autista, sino que se asemeja a la esquizofrenia en el adulto. Suele haber antecedentes familiares de psicosis, una buena respuesta al tratamiento farmacológico, un CI normal y un curso con remisiones. Pueden darse ambos diagnósticos conjuntamente.
DISFASIA EVOLUTIVA	<ul style="list-style-type: none"> En la disfasia evolutiva se da un retraso en la adquisición del lenguaje y la articulación. No hay alteración de interacción social y patrones conductuales, o si las hay, son secundarias a la alteración del lenguaje. Las áreas afectadas son más concretas, aunque las alteraciones del lenguaje puedan ser parecidas.
TRASTORNO DE RETT (PIR)	<ul style="list-style-type: none"> El trastorno de Rett se da mayoritariamente en mujeres. En estos casos, entre los 5 y los 48 meses se produce una desaceleración del crecimiento craneal (microcefalia), pérdida de habilidades lingüísticas y manuales intencionales adquiridas previamente y una aparición de una marcha y unos movimientos de tronco pobremente coordinados (ataxia y apraxia de tronco). Además se da una respiración violenta y acelerada que produce hiperventilación.
TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL	<ul style="list-style-type: none"> Suele aparecer tras dos años de desarrollo normal. Suele ir precedido de un periodo inespecífico de irritabilidad y ansiedad. Su clínica es similar al autismo. Además pueden darse alucinaciones y delirios.
SÍNDROME DE ASPERGER	<ul style="list-style-type: none"> En el trastorno de Asperger la capacidad intelectual suele ser normal y no se produce un retraso en el desarrollo del lenguaje (PIR10, 22), aunque éste puede aparecer de manera extravagante y peculiar. Suele comenzar más tarde que el autismo.
AUTISMO ATÍPICO	<ul style="list-style-type: none"> Aparece después de los tres años. No cumple todos los criterios diagnósticos, es decir no se dan alteraciones en las tres áreas afectadas en el autismo.

Tabla 9. Diagnóstico diferencial del autismo

Hipótesis biológicas

HIPÓTESIS BIOLÓGICAS

- El autismo se ha asociado con:
- Exceso de serotonina (PIR12, 199).
 - Síndrome de X-frágil, descrito por H.A Lubs.
 - Déficits en el sistema inmunológico causados por procesos infecciosos como la rubéola congénita.
 - Alteraciones metabólicas como la fenilcetonuria (PIR10, 154).
 - Cuadros convulsivos como el síndrome de West.
 - Condiciones prenatales como las pérdidas en el primer trimestre de embarazo.
 - Condiciones posnatales como la encefalitis ligada al herpes simple o la esclerosis tuberosa.

Tabla 10. Hipótesis biológicas en el autismo.

Hipótesis psicológicas

(Ver tabla 11)

Evaluación

Hasta el momento actual, no se ha encontrado ningún marcador específico que identifique objetivamente estos trastornos, por lo que normalmente el diagnóstico se realiza a través del juicio clínico.

Para ello podemos ayudarnos de los siguientes instrumentos de evaluación:

- CARS: Escala de Estimación del Autismo Infantil.
- ABC: Autism Behavior Checklist.
- CHAT: Checklist for Autism in Toddlers.
- IDEA: Inventario del Espectro Autista (Rivière). Permite evaluar las alteraciones de cada dimensión.
- Test de inteligencia y escalas de adaptación.
- Evaluación del entorno y la familia.
- ADOS: Autism Diagnostic Observation Schedule.
- ADI-R: Autism Diagnostic Interview-Revised (para padres).

HIPÓTESIS PARENTAL PSICOANALÍTICA	<ul style="list-style-type: none"> - Se produce en el niño un fallo en la superación de las distintas etapas del desarrollo, lo que produce que el niño no se relacione con los objetos físicos y sociales. - La función materna está alterada. - Según Bettelheim, existe una patología materna por la cual se rechaza al niño y se tienen sentimientos negativos hacia él.
ENFOQUE ETOLÓGICO DE TINBERGEN	<ul style="list-style-type: none"> - El estilo de crianza de los padres produce un "estado básico motivacional de activación".
HIPÓTESIS COGNITIVA (BARON-COHEN, LESLIE Y FRITH, 1985)	<ul style="list-style-type: none"> - Los problemas sociales y de comunicación se deben a un déficit cognitivo que consiste en la incapacidad de atribuir estados mentales a otras personas, fruto de la alteración en una capacidad humana llamada "Teoría de la mente" (PIR97, 210) o carencia de capacidad metarrepresentacional (PIR10, 23; PIR08, 58). Se habla de una especie de ceguera mental (PIR). - Además se han encontrado otras alteraciones de habilidades básicas como las prelingüísticas o en la capacidad de interpretar las expresiones afectivas.
HIPÓTESIS COGNITIVO-AFECTIVA (MUNDY Y SIGMAN, 1989)	<ul style="list-style-type: none"> - Se producen dos alteraciones básicas, una alteración neurobiológica en la regulación de la activación que produciría la alteración afectiva; y una alteración cognitiva que afectaría a la capacidad para trabajar con representaciones y símbolos (PIR09, 56). - Estas alteraciones serían las culpables de otras anomalías como los déficits atencionales y el déficit en la teoría de la mente.
TEORÍA DE LA COHERENCIA CENTRAL (UTA FRITH, 1989)	<ul style="list-style-type: none"> - Se produce una falta de coherencia central en el procesamiento de la información, esta falta de coherencia sería la causa cognitiva del resto de las alteraciones del autismo.
TEORÍA SOCIOAFECTIVA DE KANNER	<ul style="list-style-type: none"> - Retomada por Hobson. - Déficit en el proceso de vinculación afectiva en las primeras fases del desarrollo, que lleva a una alteración en la comunicación afectiva del niño autista. - Propone el término de "empatía no inferencial" por el que podemos inferir estados mentales a través del lenguaje no verbal gestual. - Describe 4 axiomas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Los autistas carecen de los componentes constitucionales para interactuar emocionalmente con otras personas. 2. Todas las relaciones personales son necesarias para la "configuración de un mundo propio y común" con los demás. 3. La carencia de participación de los autistas en la experiencia social tiene dos consecuencias relevantes: <ul style="list-style-type: none"> - Fallo relativo para reconocer que los demás tienen sus propios pensamientos, sentimientos, deseos... - Severa alteración en la capacidad de abstraer, sentir y pensar simbólicamente. 4. La mayor parte de los déficits cognitivos y del lenguaje son secundarios y mantienen una estrecha relación con el desarrollo afectivo y social.

Tabla 11. Hipótesis psicológicas en el autismo.

Tratamiento

(Para mayor información, consultar el Manual APIR de Tratamientos Psicológicos)

(Ver tablas 12, 13, 14 y 15)

EDAD DE INICIO DE LA INTERVENCIÓN	- Mejor cuanto antes se empiece ésta. Recomendable que sea anterior a los 4 años.
INTENSIDAD DE LA INSTRUCCIÓN	- Se recomienda un mínimo de 20-25 horas semanales.
DURACIÓN DEL PROGRAMA	- Mejor de manera prolongada.
COLABORACIÓN CON LOS PADRES	- Preferible una colaboración prolongada.

Tabla 12. Características generales de la intervención en autismo.

FARMACOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> - Neurolépticos: para reducir síntomas como la agitación, estereotipias, inestabilidad emocional y conductas agresivas. - Terapia hormonal: administración de hormona del crecimiento (ACTH) o de secretina. La efectividad de esta hormona se limita a ciertas mejorías en algunos rasgos no nucleares del trastorno. - Dietas especiales: uso de vitamina B6 (piroxina) combinada con Magnesio.
PSICOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamientos bien establecidos (Pérez y cols. 2011) (PIR12, 211; PIR13, 97; PIR15, 89): <ul style="list-style-type: none"> • Análisis conductual aplicado para intervenciones globales (Lovaas). • Análisis conductual aplicado para intervenciones específicas (Lovaas).

Tabla 13. Modalidades de intervención en autismo.

PARA REDUCIR CONDUCTAS	<ul style="list-style-type: none"> - Extinción, aislamiento, modelado, reforzamiento de respuestas incompatibles y uso de práctica positiva. - Para casos más graves: castigo físico contingente a la respuesta (última elección).
PARA FOMENTAR CONDUCTAS	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de condicionamiento operante (reforzamiento positivo), modelado, retroalimentación y economía de fichas.

Tabla 14. Técnicas conductuales de intervención en autismo.

TRATAMIENTO AUTISMO			
	TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3
ANÁLISIS APLICADO DE LA CONDUCTA PARA INTERVENCIONES GLOBALES	X		
ANÁLISIS APLICADO DE LA CONDUCTA PARA INTERVENCIONES ESPECÍFICAS	X		
MEDICACIÓN PSICOACTIVA			X
TERAPIA HORMONAL			X

Tabla 15. Eficacia de los tratamientos para el autismo según Pérez, 2011.

3.3. Trastorno de Rett (DSM-IV-TR)

Introducción histórica

El primero en describir este trastorno fue **Rett**, en 1966. Hasta hace pocos años se pensaba que era un trastorno exclusivo de las mujeres (PIR11, 87; PIR12, 200), pero se han descrito algunos casos en varones. Su reconocimiento e inclusión en los sistemas de clasificación internacional ha sido muy lento.

Criterios diagnósticos

TRASTORNO DE RETT (DSM-IV-TR) (PIR96, 178; PIR00, 159; PIR01, 49; PIR02, 103)
<p>A. Todas las características siguientes:</p> <p>a. Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.</p> <p>b. Desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los 5 primeros meses después del nacimiento.</p> <p>c. Circunferencia craneal normal en el nacimiento.</p>
<p>B. Aparición de todas las características siguientes después de un periodo de desarrollo normal:</p> <p>a. Desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y los 48 meses de edad.</p> <p>b. Pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y los 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (como escribir o lavarse las manos).</p> <p>c. Pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla con posterioridad).</p> <p>d. Mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.</p> <p>e. Desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.</p>

Tabla 16. Trastorno de Rett (DSM-IV-TR).

Para la CIE-10, el desarrollo comienza a alterarse entre los 7 y los 24 meses.

El trastorno está asociado a retraso mental grave o profundo. Son frecuentes las crisis epilépticas y las alteraciones EEG.

No se conoce su causa, aunque se relaciona con mutaciones en el gen MECP2.

Epidemiología

Es menos frecuente que el trastorno autista. Se estima un 0,65/10.000 nacimientos.

Se da casi exclusivamente en mujeres (PIR06, 115; PIR11, 87; PIR12, 200).

Curso

El patrón es muy característico.

Su inicio es anterior a los 4 años y persiste a lo largo de toda la vida.

En la mayor parte de los casos la recuperación es muy limitada, aunque pueden darse algunas pequeñas mejoras en la interacción social al terminar la infancia.

Las deficiencias comunicativas y comportamentales suelen permanecer relativamente constantes a lo largo de la vida.

Diagnóstico diferencial

- Trastorno Autista (explicado en el apartado del autismo). (Ver tabla 17)
- Trastorno desintegrativo infantil. Este trastorno se inicia típicamente a partir de los 2 años.
- Trastorno de Asperger. No se encuentran alteradas las capacidades cognitivas y el lenguaje, aunque éste puede ser peculiar.

TRASTORNO AUTISTA	TRASTORNO DE RETT
Aparece en la primera infancia	Desarrollo normal hasta los 5-8 m
El desarrollo físico es normal	Microcefalia
Más frecuente en varones	Casi exclusivo en mujeres
Mantiene habilidades adquiridas	Pérdida de habilidades
Funciones motoras gruesas normales	Dificultades en la marcha y ataxia
Contacto ocular ausente	Contacto ocular presente e intenso

Tabla 17. Diagnóstico diferencial autismo vs Rett.

3.4. Trastorno desintegrativo infantil (DSM-IV-TR)

Introducción histórica

El primero en describir un cuadro similar fue **Sante de Sanctis** en 1905, al crear la categoría de **demencia precocísima**, donde se incluían diversos trastornos que cursaban con retraso mental.

Posteriormente, en 1908 **Heller** describe varios casos de "psicosis desintegrativa", una afección que comienza sobre los 4 años y afecta a niños con un desarrollo normal hasta el momento.

En 1929, **Potter** establece los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia infantil.

Posteriormente **Mahler** enfatizó la contribución de los factores constitucionales para lo que consideraba una psicosis infantil, de aparición entre los 3-6 años, a la que llamó "psicosis simbiótica".

Criterios diagnósticos

El trastorno ha sido denominado **Síndrome de Heller, Demencia infantil, Psicosis simbiótica o Psicosis desintegrativa**.

(Ver tabla 18 en la página siguiente)

CIE-10: los criterios son idénticos, excepto que la CIE incluye una "pérdida general de interés por los objetos y el entorno". Suele asociarse a retraso mental grave. Pueden darse alteraciones en EEG y trastornos compulsivos. Puede estar asociado a otras enfermedades orgánicas.

TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL (DSM-IV-TR) (PIR01, 50; 03, 148; PIR14, 161)

- A. Desarrollo aparentemente normal** durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.
- B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades** previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:
 1. Lenguaje expresivo o receptivo.
 2. Habilidades sociales o comportamiento adaptativo.
 3. Control intestinal o vesical.
 4. Juego.
 5. Habilidades motoras.
- C. Anormalidades** en por lo menos dos de las siguientes áreas:
 1. Alteración cualitativa de la interacción social.
 2. Alteraciones cualitativas de la comunicación.
 3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen las estereotipias motoras y manierismos.
- D. El trastorno no se explica mejor** por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

Tabla 18. Trastorno desintegrativo infantil (DSM-IV-TR).

TRASTORNO AUTISTA	(Ver Diagnóstico Diferencial en el Autismo)
TRASTORNO DE RETT	(Ver Diagnóstico Diferencial en el Trastorno de Rett)
TRASTORNO DE ASPERGER	En el trastorno desintegrativo está claramente afectado el lenguaje y las capacidades cognitivas, lo que no ocurre en trastorno de Asperger.
DEMENCIA	En el trastorno desintegrativo hay una falta de enfermedad o daño cerebral identificable. Puede darse una pequeña recuperación y el deterioro de la socialización y la comunicación son más típicos del autismo.

Tabla 19. Diagnóstico diferencial del Trastorno desintegrativo infantil.

Epidemiología

Muy poco frecuente (menos que el autismo).

Se da más en varones.

Curso

Por definición debe ocurrir entre los 2 y los 10 años de edad.

Puede ser brusco o insidioso y con frecuencia aparecen pró-dromos como irritabilidad, niveles de actividad incrementados, ansiedad, pérdida del habla y de otras habilidades.

Tras aparecer el trastorno y darse un periodo de estabilidad puede darse una pequeña mejoría.

Su curso es continuo y se extiende a lo largo de toda la vida.

Las deficiencias sociales, comunicativas y comportamentales permanecen relativamente constantes a lo largo de la vida.

Diagnóstico diferencial

(Ver tabla 19)

Etiología

Aunque no se han identificado los mecanismos concretos, se cree que puede deberse a alguna lesión del sistema nervioso central en desarrollo.

3.5. Trastorno de Asperger (DSM-IV-TR)

Introducción histórica

Fue descrito por primera vez por **Hans Asperger** en 1944, casi simultáneamente al diagnóstico de autismo de Kanner.

Sin embargo, este trastorno aún es de dudosa validez nosológica, ya que no se ha demostrado todavía si es una modalidad del autismo o una entidad distinta (PIR96, 176).

El término "síndrome de Asperger" fue usado por primera vez en 1981 por **Lorna Wing**.

Criterios diagnósticos

(Ver tabla 20 en la página siguiente)

Han sido muchos los clínicos que han criticado la definición del DSM-IV-TR:

- No incluye alteraciones motoras, cuando en todas las descripciones clínicas del trastorno se alude a la existencia de torpeza motora (tanto en motricidad fina como gruesa) y a la apariencia desmañada o descoordinada de los individuos con síndrome de Asperger.
- No recoge la existencia de retraso en la adquisición del lenguaje ni hace mención a las alteraciones pragmáticas y prosódicas que se observan.

TRASTORNO DE ASPERGER (DSM-IV-TR) (PIR94, 205)

- A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por 2 de las siguientes características:
1. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 2. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.
 3. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras persona objetos de interés).
 4. Ausencia de reciprocidad social y emocional.
- B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por 1 de las siguientes características:
1. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.
 2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 3. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
 4. Preocupación persistente por partes de objetos.
- C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importante de la actividad del individuo.
- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años utiliza palabras sencillas, a los 3 utiliza frases comunicativas).
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.
- F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

Tabla 20. Trastorno de Asperger (DSM-IV-TR).

TRASTORNO AUTISTA	(Ver Diagnóstico Diferencial en el Trastorno autista)
TRASTORNO DE RETT	(Ver Diagnóstico Diferencial en el Trastorno de Rett)
TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL	(Ver Diagnóstico Diferencial en el Trastorno desintegrativo infantil)
TOC	Ambos comparten unos patrones conductuales estereotipados o rituales. Pero el trastorno de Asperger presenta una alteración cualitativa en las relaciones sociales y un número de intereses más reducido, así como una implicación en un menor número de actividades.
TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD	El trastorno de Asperger presenta conductas repetitivas y estereotipadas y unas relaciones sociales más afectadas.

Tabla 21. Diagnóstico diferencial de Asperger.

Epidemiología

Muy poco frecuente.
Mayor incidencia en varones.

Curso

Suele iniciarse más tarde que el trastorno autista.
Durante la vida escolar pueden reconocerse los intereses peculiares (p. ej., fascinación por los horarios de trenes).
En la vida adulta suelen darse problemas relacionados con la empatía y la modulación de la interacción social.
Su curso es continuo y se prolonga durante toda la vida.

Diagnóstico diferencial

(Ver tabla 21)

3.6. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (DSM-IV-TR)

Se utiliza cuando existe una alteración grave y generalizada del desarrollo, de la interacción social recíproca o de las habilidades de comunicación no verbal, o cuando hay comportamientos, intereses y actividades estereotipadas, pero no se cumplen los criterios del trastorno del desarrollo específico, esquizofrenia, trastorno esquizotípico de la personalidad o trastorno de la personalidad por evitación.

Aquí se incluye el **autismo atípico**: casos que no cumplen los criterios de trastorno autista por una edad de inicio posterior, sintomatología atípica o subliminal o por todas a la vez. La CIE-10 tiene una categoría específica con esta denominación.

3.7. Trastorno del espectro autista (DSM 5)

Como ya hemos anticipado, una de las principales novedades que aporta el DSM 5, consiste en incluir un único diagnóstico, el Trastorno del Espectro Autista, como categoría unificadora de los distintos tipos de TGD recogidos por el anterior DSM-IV-TR.

Los principales cambios que aporta el DSM 5 se presentan en la tabla 22.

En las tablas 23 y 24 (ver en la página siguiente) presentamos los criterios diagnósticos para el Trastorno del Espectro Autista, así como la Especificación de gravedad, en función de las necesidades detectadas en el paciente.

PRINCIPALES CAMBIOS DSM 5

- Los Trastornos Generalizados del Desarrollo del DSM-IV-TR se unifican en un único diagnóstico: Trastorno del Espectro Autista.
- A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo.
- Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Tabla 22. Principales cambios DSM 5.

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (DSM 5)

- A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):
1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
 2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
 3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual: la gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

- B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):
1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
 2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
 3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
 4. Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual: la gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

- C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Especificar si:

- Con o sin déficit intelectual acompañante.
- Con o sin deterioro del lenguaje acompañante.
- Se asocia con una condición médica o genética o con algún factor ambiental conocido.
- Se asocia con otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento.
- Con catatonia.

Tabla 23. Trastorno del espectro autista (DSM 5).

	COMUNICACIÓN SOCIAL	COMPORTAMIENTOS RESTRINGIDOS
NIVEL 1 "NECESITA AYUDA"	Sin ayuda in situ, las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.
NIVEL 2 "NECESITA AYUDA NOTABLE"	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
NIVEL 3 "NECESITA AYUDA MUY NOTABLE"	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales solo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.

Tabla 24. Especificador de gravedad, en función de las necesidades detectadas en el paciente (DSM 5).

3.8. Esquizofrenia infantil

Introducción histórica

Ya Kraepelin y Bleuler describieron casos de esquizofrenia cuyo inicio se daba en la niñez.

Durante los años 30 y 40, autores como Potter, Bender, Despert y Bradley realizaron los primeros estudios sobre este cuadro.

Mahler describe la psicosis infantil simbiótica como la "fusión somatopsíquica de carácter omnipotente y alucinatorio con la madre, que implica la negación de una frontera común entre dos sujetos físicamente separados" (PIR04, 180).

Actualmente las clasificaciones internacionales no incluyen una categoría específica, sino que se incluye dentro de la categoría general de esquizofrenia, ya que consideran que se trata de un mismo trastorno que aparece en poblaciones de distinta edad. Por lo que los criterios corresponden exactamente con los planteados para la esquizofrenia.

Características diagnósticas

Las características de la esquizofrenia en la infancia son iguales que en los adultos. Los **síntomas positivos** son los más característicos del cuadro, aunque en este caso suelen ser de menor elaboración y estructuración. Pueden ser más habituales las alucinaciones visuales.

Se ha observado que en los niños se da una importante **desorganización del habla**. Otra de sus manifestaciones es el **comportamiento desorganizado**, manifestado a través de inquietud, conductas de agresión o falta de autocuidado. También pueden darse **comportamientos catatónicos**: alteraciones motoras por exceso o por defecto en la reactividad motora o posturas corporales extrañas y rígidas.

La **simptomatología negativa** también puede aparecer en niños: poca expresividad y resonancia afectiva, pobreza del lenguaje, aislamiento, dificultad para establecer y mantener relaciones, etc., también aparecen síntomas motivacionales como anhedonia, abulia y apatía.

En estos niños es frecuente un **deterioro grave en el funcionamiento** propio correspondiente a su edad.

Se trata pues de una perturbación grave de la organización de la personalidad que obstaculiza de forma radical la aprehensión de la realidad por parte del niño (PIR94, 205).

Clasificación

En el caso de la esquizofrenia infantil no puede aplicarse la clasificación de los adultos, ya que se ha demostrado que no es útil.

Además en niños pequeños (2-3 años) es muy difícil valorar la presencia de síntomas positivos debido a la incapacidad para expresar y por el amplio rango de conductas anormales.

Epidemiología

Los datos son muy escasos y pobres. Se estima que es muy poco frecuente y que su prevalencia va aumentando hasta llegar al 1% en la adolescencia.

De pequeños parece ser mayor en varones, equilibrándose al llegar a la pubertad (PIR).

Curso

Como ocurre en los adultos, puede aparecer de forma repentina tras un brote psicótico o de forma gradual. Pero generalmente las que se inician antes de la adolescencia suelen iniciarse de forma insidiosa precediendo los síntomas negativos a los positivos.

Según el niño va llegando a la adolescencia los síntomas positivos van evolucionando y aparecen con mucha mayor frecuencia y sistematización, asemejándose más a los de los adultos.

Si el trastorno es de comienzo en la adolescencia es más similar a la de los adultos y puede comenzar por pródromos como problemas de atención, cambios de humor, aislamiento o conductas agresivas.

Respecto al pronóstico, al igual que en los adultos: una tercera parte se recuperan, otro tercio vive con un cierto deterioro y el otro tercio desarrolla un deterioro grave.

Evaluación

Es muy importante hacer una evaluación amplia. Se tiene que recoger en la anamnesis datos sobre el embarazo, el desarrollo, la personalidad premórbida, y el historial médico y familiar. Se ha de valorar la inteligencia, la comunicación y las habilidades adaptativas y la presencia de síntomas en el momento actual.

Pueden utilizarse entrevistas estructuradas como la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged Children, K-SADS*.

Tratamiento

Farmacológico: el tratamiento con mayor eficacia en estos casos es la Clozapina. En general su uso en niños y adolescentes debe ser cauteloso, ya que los antipsicóticos son menos eficaces en estos casos y crean importantes síntomas secundarios.

Conductual: similar al de los adultos. Se utiliza técnicas operantes para fomentar conductas de autocuidado y otros hábitos de la vida cotidiana.

El tratamiento de elección, además de la intervención psicofarmacológica, consiste en la psicoterapia familiar y la rehabilitación psicossocial (PIR00, 105). Se insiste en la enseñanza de habilidades escolares y evolutivas, en el entrenamiento en habilidades sociales y de resolución de problemas para el niño y su familia.

3.9. Síndrome límite de la infancia o trastorno múltiple del desarrollo

Introducción histórica

El término **Trastorno Múltiple y Complejo del Desarrollo** ("Multiple Complex Developmental Disorder" -McDD-) fue acuñado por Cohen y cols. en 1986.

También se ha denominado **Trastorno Múltiple del Desarrollo** ("Multiple Developmental Disorder" -MDD-) y **Síndrome Límite en la Infancia** ("Borderline Syndrome of Childhood" -BSC-) por Towbin y cols. (1993).

Afecta a 5 áreas de desarrollo:

- **Procesos cognitivos.** Dificultades para distinguir la fantasía de la realidad y para organizar los pensamientos.
- **Relaciones sociales.** Aislamiento de sus padres, sentimientos ambivalentes hacia los adultos, alta sensibilidad al rechazo y falta de sensibilidad hacia los demás.
- **Regulación de la ansiedad.**
- **Inmadurez.** Signos neurológicos menores y retraso del desarrollo motriz.
- **Actividad y atención.** Impulsividad, distraibilidad e hipo e hiperactividad.

Criterios diagnósticos

(Ver tabla 25 en la página siguiente)

Diagnóstico y evaluación

Para diagnosticar correctamente este trastorno es necesario centrarse en 5 áreas:

- Ansiedad.
- Regulación del afecto.
- Comunicación.
- Psicosis.
- Relaciones sociales.

Además son conocidos ciertos antecedentes familiares que han de tenerse en cuenta como:

- Trastorno bipolar.
- TDAH.
- Trastornos de aprendizaje...

Para realizar el diagnóstico diferencial del McDD se ha de considerar especialmente los siguientes trastornos:

- El **MDI (Multidimensional Impaired Syndrome)**: síndrome de alteración multidimensional.
- El trastorno de personalidad esquizotípico.
- Trastornos del espectro autista, especialmente Asperger.
- Trastorno semántico-pragmático
- Trastorno multisistémico del desarrollo.

Tratamiento

La intervención psicológica ha de ser inmediata. Se centra en 4 pasos:

TRATAMIENTO DEL MCDD

1. Intervención sobre cada dominio disfuncional.
2. Explicación e información a padres, niño y escuela.
3. Proveer de los centros y fuentes donde el niño puede ser mejor atendido.
4. Desarrollar un programa conductual para los problemas más frecuentes.

Tabla 26. Áreas de intervención en el MCDD.

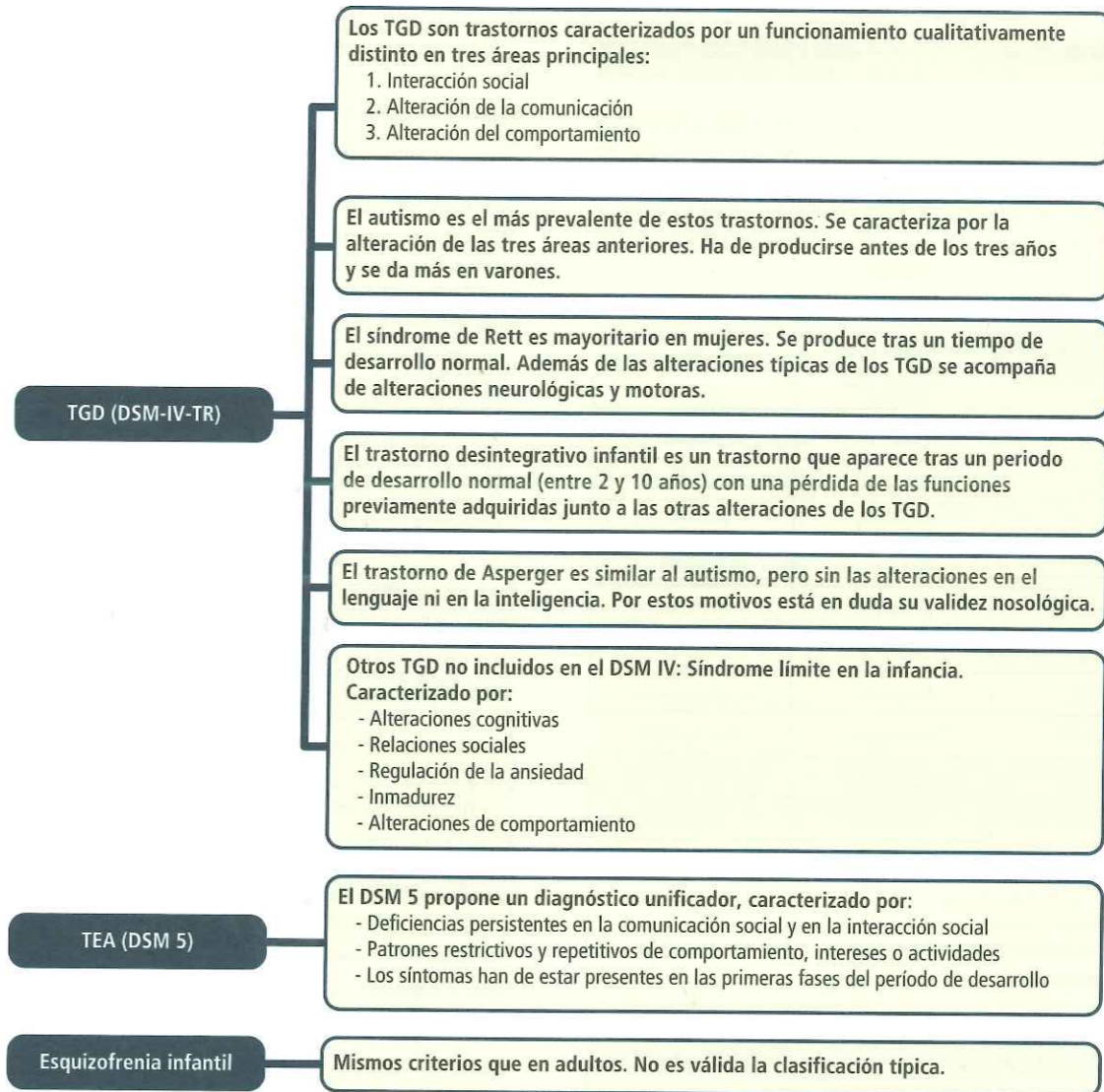
Respecto al tratamiento farmacológico no existe uno específico para estos casos, pero sí que se utilizan algunos medicamentos para tratar sintomatología psicótica, la ansiedad, o estabilizar el ánimo en los casos que se considere oportuno.

TRASTORNO MÚLTIPLE DEL DESARROLLO

- A. Problemas en la regulación de los estados afectivos y de la ansiedad manifestados por 2 o más de los siguientes ítems:
 1. Ansiedad generalizada intensa, tensión difusa o irritabilidad.
 2. Miedos y fobias inusuales en contenido o intensidad.
 3. Episodios de pánico recurrentes, terror y ansiedad.
 4. Episodios de conducta desorganizada o regresiva con la presencia de conductas inmaduras, primitivas y/o autolesivas, que pueden durar minutos o días.
 5. Gran variabilidad emocional con o sin precipitantes ambientales.
 6. Alta frecuencia de reacciones ansiosas idiosincrásicas como largos periodos de risas, sonrisas, atolondramiento y afecto inapropiado a la situación.
- B. Problemas consistentes en la sensibilidad y la conducta social manifestados por 1 o más de los siguientes ítems:
 1. Desinterés social, desvinculación, evitación o retraimiento en la relación de manera especial con los adultos. A menudo la interacción puede parecer amistosa y cooperativa, pero muy superficial y basada únicamente en necesidades materiales.
 2. Inhabilidad para iniciar y/o mantener relaciones con sus iguales.
 3. Interacción ambivalente con los adultos, particularmente con los padres y los cuidadores, manifestado por dependencia, sobrecontrol, conducta agresiva y oposicionista. Afecto fraccionado hacia padres y cuidadores.
- C. Problemas en los procesos cognitivos manifestados por 1 o más de los siguientes ítems:
 1. Problemas de pensamiento, incluyendo la irracionalidad, pensamientos repentinos intrusivos, pensamientos mágicos, neologismos o palabras sin sentido y repetitivas, ideas ilógicas.
 2. Confusión entre la realidad y la fantasías.
 3. Perplejidad fácilmente confundible.
 4. Fantasías de omnipotencia personal, preocupaciones paranoides, excesivamente entusiasta con las figuras de ficción, fantasías de poseer poderes especiales.
- D. No cumple criterios diagnósticos de trastorno generalizado del desarrollo.
- E. Duración de los síntomas como mínimo 6 meses.

Tabla 25. Trastorno múltiple del desarrollo. Tomado de MÉNDEZ CARRILLO, F. J., ESPADA SÁNCHEZ, J. P., ORGILÉS AMORÓS, M. (2006): *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos*. Madrid. Pirámide.

Resumen de los puntos principales



TEMA 4 TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN DSM 5

4.1. Introducción y clasificaciones internacionales

Uno de los problemas de los trastornos por habilidades es la falta de consenso respecto a su denominación y su definición, lo que provoca la existencia de múltiples términos para referirse a ellos. Un recurso muy común para denominar a estos trastornos es recurrir a los prefijos -a- y -dis- dependiendo de la gravedad o etiología. De este modo tenemos:

FUNCIÓN	DIS	A
Fasia	Disfasia	Afasia
Fonía	Disfonía	Afonía
Lalia	Dislalia	Alalia
Artria	Disartria	Anartria
Glosia	Disglosia	Aglosia
Femia	Disfemia	Afemia
Lexia	Dislexia	Alexia
Grafía	Disgrafía	Agrafía
Ortografía	Disortografía	Anortografía
Calculia	Discalculia	Acalculia
Praxia	Dispraxia	Apraxia

Tabla 1. Resumen de términos.

Dependiendo del modelo neuropsicológico utilizado, estos prefijos pueden significar:

	NEUROPSICOLOGÍA CLÁSICA	NEUROPSICOLOGÍA COGNITIVA
A	Grave	Adquirido
DIS	Leve	Evolutivo

Tabla 2. Interpretación en neuropsicología.

CIE-10	DSM III-R	DSM-IV-TR	DSM 5
TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE - T. específico de la pronunciación. - Trastorno de la comprensión del lenguaje. - T. de la expresión del lenguaje. - Afasia adquirida con epilepsia (Síndrome de Landau-Kleffner). OTROS TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA - Tartamudeo. - *Farfulleo.	TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y DEL HABLA - T. del desarrollo de la articulación. - T. del desarrollo del lenguaje expresivo. - T. del desarrollo del lenguaje receptivo. T. DEL HABLA NO CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR - Tartamudeo. - *Lenguaje confuso.	TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN - T. fonológico. - T. del lenguaje expresivo. - T. mixto del lenguaje receptivo-expresivo. - Tartamudeo.	TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN - Trastorno fonológico. - Trastorno del lenguaje. - Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo). - Trastorno de la comunicación social (pragmática). - Trastorno de la comunicación no especificado.

Tabla 3. Trastornos de la comunicación en CIE y DSM.

El DSM-IV-TR y el DSM 5 denominan **Trastornos de la comunicación** a los trastornos que la CIE-10 llama **Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje**. En este apartado se incluyen los trastornos detallados en la tabla 3.

Como podemos observar en la tabla 3, aparecen dos categorías no contempladas hoy en día en el DSM:

- **Lenguaje confuso (DSM-III-R).** Alteración en la fluidez y ritmo del habla que causan un lenguaje incomprensible. Se caracteriza por la unión de todas las palabras lo que provoca que se realicen estructuras gramaticales erróneas. No se suele ser consciente de tal problema. Suele aparecer antes de los 7 años.
- **Farfulleo (CIE-10).** Ritmo del habla excesivamente elevado, así como un habla errática con brotes espasmódicos que generan una mala estructuración de las frases. Esto produce un lenguaje incomprensible para los demás.

Los principales cambios que aporta el DSM 5 con respecto a su antecesor, se recogen en la siguiente tabla:

PRINCIPALES CAMBIOS DSM 5
- Se unifican el Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo y el Trastorno del lenguaje expresivo en un único diagnóstico: Trastorno del lenguaje.
- El Tartamudeo pasa a denominarse Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia.
- Aparece un nuevo diagnóstico: Trastorno de la comunicación social (pragmática).

Tabla 4. Principales cambios DSM 5.

Características de los Trastornos de la comunicación:

- Aparecen en la etapa preescolar y se diagnostican a partir de los 3 años.
- Están muy relacionados con los trastornos del aprendizaje, aunque estos aparecen más de forma más tardía, en la etapa escolar.

- No son producto directo de alteraciones sensoriales o motoras, retraso mental o factores ambientales. En el caso de ocurrir algunas de estas circunstancias las deficiencias que aparezcan deben superar significativamente las esperadas en niños con tales deficiencias para hacer el diagnóstico.
- Las deficiencias deben ser generalizadas, es decir, se manifiestan en todas las áreas y no se circunscriben a circunstancias determinadas.

Los Trastornos de la comunicación también se han denominado **disfasias infantiles, alalia congénita o idiopática, retraso idiopático del lenguaje, afasia congénita o evolutiva, sordera verbal congénita, imperfección auditiva congénita, retraso evolutivo del lenguaje y discapacidad específica para el lenguaje**.

Los Trastornos disfásicos pueden clasificarse en función de la causa subyacente:

- **Disfasias adquiridas.** Se conoce la causa responsable de las alteraciones del lenguaje. Hasta los 10 años pueden evolucionar correctamente, a partir de ahí se daría muy poca recuperación al igual que en los adultos.
- **Disfasias evolutivas.** Origen desconocido y no asociado a lesión neurológica.

La CIE-10 solo considera dentro del capítulo de Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje los trastornos evolutivos, con la excepción de la **Afasia epiléptica adquirida o Síndrome de Landau-Kleffner (PIR)**. En cambio, el DSM incluye tanto las alteraciones evolutivas como las adquiridas.

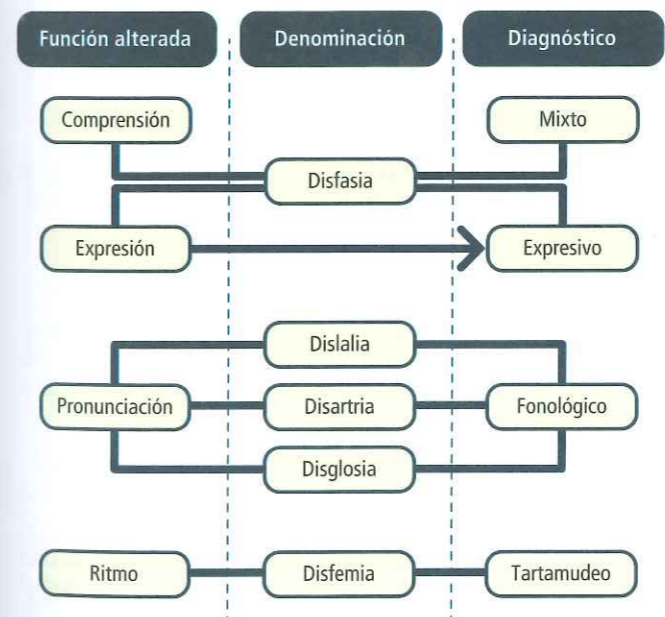


Figura 1. Cuadro-resumen de las funciones alteradas en los distintos trastornos de la comunicación (DSM-IV-TR).

4.2. Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo (DSM-IV-TR)

Introducción

La CIE-10 lo denomina **Trastorno de la comprensión del lenguaje**. También se conoce como **disfasia, afasia congénita, sordera verbal congénita, agnosia verbal**.

El **DSM-IV-TR** considera que el trastorno receptivo del lenguaje no aparece aisladamente, sin la presencia de problemas en el lenguaje expresivo.

Esto significa que para el DSM-IV-TR, siempre que hay alteración en la comprensión del lenguaje se encontrarán problemas en la expresión del lenguaje. Por el contrario, para la CIE, no existe un cuadro mixto, así que se diagnostica como trastorno de la comprensión.

Como ya hemos anticipado, este diagnóstico desaparece en el DSM 5 y se recombina con el Trastorno del Lenguaje Expresivo (DSM-IV-TR) para configurar una única entidad diagnóstica, denominada Trastorno del Lenguaje.



Figura 2. Trastornos del lenguaje en CIE y DSM-IV-TR.

Criterios diagnósticos

TRASTORNO MIXTO DEL LENGUAJE RECEPTIVO-EXPRESIVO (DSM-IV-TR) (PIR98, 55)
A. Las puntuaciones obtenidas mediante una batería de evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal . Los síntomas incluyen los propios del trastorno del lenguaje expresivo, así como dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras, tales como términos espaciales.
B. Las dificultades interfieren en el rendimiento académico, laboral o social .
C. No es un trastorno generalizado del desarrollo.
D. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla o privación ambiental, las deficiencias en lenguaje exceden a las habituales en tales problemas.

Tabla 5. Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo (DSM-IV-TR).

Según la CIE, para poder diagnosticar este trastorno nunca debe hacerse dado un Trastorno de Lenguaje Comprensivo Puro.

Clasificación etiológica

(Ver tabla 6 en la página siguiente)

Epidemiología y curso

Se estima que este trastorno se da en un 3% de los niños en edad escolar.

El Síndrome de Landau-Kleffner y otras formas de tipo adquirido del trastorno son más raros.

ADQUIRIDO	<ul style="list-style-type: none"> - Aparece tras un periodo de desarrollo normal (entre los 3 y los 10 años) tras una enfermedad neurológica o médica. - Una característica de la disfasia infantil adquirida es la hipoproductividad que consiste en un lenguaje notablemente reducido (PIR95, 114). - Un tipo especial es la afasia adquirida con epilepsia: síndrome de Landau-Kleffner (PIR): <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del lenguaje receptivo y expresivo + epilepsia + alteraciones en el EEG. • Su inicio suele ser entre los 3 y los 7 años. • La alteración consiste en un deterioro en la comprensión del lenguaje y de los sonidos, junto a enmudecimiento o limitación del lenguaje. - El curso es variable: algunos casos tienden a la recuperación y en otros la alteración es estable.
EVOLUTIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Se caracteriza por una alteración del lenguaje receptivo y expresivo que no está asociada a ninguna afectación neurológica (PIR97, 214). - Tiene un origen desconocido. - Supone la aparición tardía del lenguaje y con una progresión más lenta.

Tabla 6. Clasificación del trastorno mixto del lenguaje.

TRASTORNO AUTISTA	<ul style="list-style-type: none"> - En el T. mixto receptivo-expresivo no se dan dificultades en las relaciones sociales, ni déficits generalizados, manifiestas juego simbólico y suelen tener una comunicación no verbal adecuada. - No se da un déficit cualitativo del lenguaje.
RETRASO MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> - Pueden darse ambos diagnósticos si el déficit en el lenguaje es mayor al esperado para los déficits intelectuales. - Deben evaluarse cuidadosamente.

Tabla 7. Diagnóstico diferencial del trastorno mixto del lenguaje.

Curso del Trastorno del Lenguaje Receptivo y Expresivo Evolutivo: la detección suele darse antes de los 4 años, aunque depende de la gravedad. Las formas graves del trastorno puede manifestarse hacia los 2 años. Las formas más leves pueden no detectarse hasta la escuela, donde los déficits de comprensión se hacen más evidentes.

Curso del Trastorno del Lenguaje Receptivo y Expresivo Adquirido: suele aparecer entre los 3-9 años. Todo depende de la afectación neurológica, edad de aparición y grado de lenguaje que ya había adquirido el niño.

En general, tiene peor pronóstico que el Trastorno del Lenguaje Expresivo. La recuperación puede ser total o parcial y puede acabar en trastorno de aprendizaje.

Diagnóstico diferencial

(Ver tabla 7)

Etiología

Hipótesis orgánicas

- **Deficiencias perceptivas.**

Algunos autores defienden que un déficit en las habilidades perceptivas puede originar problemas en el lenguaje. Entre estos déficits podríamos encontrar problemas de visión, de audición, en la memoria secuencial o en la asociación auditivo-visual.

Un pequeño déficit auditivo puede causar que no se entiendan correctamente matices en el lenguaje fundamentales para comprender los fonemas y por tanto su significado.

Estos déficits auditivos pueden ser respecto a los tonos graves, los agudos o consistir en pequeñas hipoacusias.

- **Alteraciones neurológicas.**

Al igual que en el caso de los adultos, se ha relacionado este déficit con alteraciones en la zona temporoparietal o parieto-

occipital del hemisferio izquierdo, pero en los niños debido a la plasticidad cerebral puede darse una recuperación. Posteriormente se planteó una nueva hipótesis relacionando el trastorno con lesiones cerebrales mínimas o "soft signs" producidas en el proceso de lateralización. Esta hipótesis no se ha podido demostrar.

- **Hipótesis multifactoriales.**

Aram y Nation (1982) proponen un modelo interactivo y evolutivo incluyendo procesos biológicos, psicológicos y ambientales.

Hipótesis psicológicas

Las hipótesis psicológicas hacen referencia a diferentes situaciones emocionales (privación emocional) o ambientales como causantes de un mal desarrollo de la comunicación debido a interacciones inadecuadas o a falta de aprendizaje.

Evaluación

Es importante realizar un *screening* en todos los criterios diagnósticos para una correcta evaluación. Esto implica realizar una evaluación general incluyendo lenguaje, inteligencia no verbal y funcionamiento general.

Deben descartarse problemas orgánicos u otros trastornos mentales globales responsables del trastorno.

Hay ciertos factores que pueden hacernos sospechar de un problema de lenguaje:

- Ausencia del balbuceo a los 12 meses.
- Ausencia de palabras sencillas a los 18 meses.
- Ausencia de frases de dos palabras a los 24 meses.
- Cualquier pérdida de lenguaje a cualquier edad.

Según Lois Bloom y Margaret Haley deben evaluarse tanto aspectos generales como concretos del lenguaje. Para ello podemos utilizar (ver tabla 8 en la página siguiente).

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DEL LENGUAJE MIXTO EXPRESIVO-RECEPTIVO

A. Pruebas generales:

- PLON-R. Prueba de Leguaje Oral de Navarra Revisada. Aguinaga (2004). Test de screening. De 3 a 6 años.
- ITPA. Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas. Kirk, McCarthy y Kirk. (1968). De 2,5 a 10,5 años.
- BLOC. Batería de Lenguaje Objetiva y Criterial. Puyuelo y cols. (2000). Mide morfología, sintaxis, semántica y pragmática. De 5 a 14 años.
- McARTHUR. Inventario de desarrollo comunicativo. De 8 a 30 meses. Para padres.
- Escalas Reynell. De 6 meses a 5 años.

B. Pruebas específicas:

Fonología:

- Registro Fonológico Inducido. De 3 a 7 años.
- ELA-R. Examen Logopédico de articulación revisado. De 4 a 6 años.
- EDAF. Evaluación de la Discriminación Auditiva y Fonológica. Desde los 3 años.

Morfosintaxis (PIR12, 71):

- TSA. Desarrollo de la morfosintaxis en el niño. Aguado. De 3 a 7 años.
- CEG. Test de comprensión de estructuras gramaticales. Mendoza y cols. De 4 a 11 años.

Semántica:

- PPVT-III. Test de vocabulario en imágenes de Peabody. De Dunn. Evalúa el léxico. A partir de 2 años y medio.
- BOEHM. TEST DE CONCEPTOS BÁSICOS. De 4 a 7 años.
- CONCEBAS. Test de Conceptos Básicos para Educación Infantil y Primaria. García y Yuste. De 4 a 7 años.

Tabla 8. Pruebas de evaluación del trastorno mixto del lenguaje.

TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO (DSM-IV-TR) (PIR04, 170)

A. Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo. (Las dificultades pueden aparecer en la comunicación implicada tanto en el lenguaje verbal como en el lenguaje gestual).

Se manifiesta por:

- Vocabulario limitado.
- Errores en los tiempos verbales.
- Dificultades en la memorización de palabras.
- Dificultades en la pronunciación de frases, menos largas o complejas.

B. Las dificultades interfieren en el rendimiento académico, laboral o social.

C. No es un trastorno mixto.

D. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla o privación ambiental, las deficiencias en lenguaje exceden a las habituales en tales problemas.

Tabla 9. Trastorno del lenguaje expresivo (DSM-IV-TR).

Tratamiento

(Para mayor información, consultar el Manual APIR de Tratamientos Psicológicos)

4.3. Trastorno del lenguaje expresivo (DSM-IV-TR)

Criterios diagnósticos

(Ver tabla 9)

También se le ha llamado **Disfasia expresiva**.

La CIE lo llama **Trastorno expresivo del lenguaje**. Además propone puntos de corte específicos para las puntuaciones de lenguaje expresivo: 2 desviaciones típicas por debajo del nivel esperado y 1 desviación típica por debajo del CI no verbal.

Además a diferencia del DSM-IV-TR, el diagnóstico no puede establecerse si hay deterioros neurológicos, físicos o sensoriales, que afecten directamente a la utilización del lenguaje hablado si hay retraso mental.

Como venimos diciendo, este diagnóstico desaparece en el DSM 5 y se recombina con el Trastorno Mixto del Lenguaje Expresivo-Receptivo (DSM-IV-TR) para configurar una única entidad diagnóstica, denominada Trastorno del Lenguaje.

Carroll considera que al menos una parte de los niños con problemas de lenguaje, padecen un trastorno específico del mismo y de posible base biológica. Este trastorno parece más pronunciado para los aspectos sintácticos y fonológicos que para los semánticos y pragmáticos. Respecto a los procesos cognitivos, la **secuenciación temporal auditiva** es un problema frecuente (**PIR09, 45**).

Este trastorno suele provocar problemas escolares y de aprendizaje que pueden acabar generando trastornos en el desarrollo del aprendizaje. También suelen coexistir problemas en alcanzar

los hitos motores, trastornos evolutivos en la coordinación y retrasos en el control de esfínteres.

Suele acompañarse de dificultades en las relaciones sociales (retramiento social) y de problemas emocionales y trastornos comportamentales (p. ej., trastorno por déficit de atención con hiperactividad). Puede acompañarse de alteraciones en el EEG y hallazgos neurológicos anormales.

Clasificación etiológica

(Ver tabla 10)

Además en el caso de la **disfasia evolutiva** se observan ciertos déficits psicolingüísticos (ver tabla 11).

Epidemiología y curso

Se cree que la prevalencia del trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo se sitúa alrededor del 3-5%. La prevalencia del tipo adquirido es menor.

Suele identificarse a los 3 años de edad, aunque en casos leves puede no manifestarse hasta el inicio de la adolescencia, cuando el lenguaje se hace más complejo.

La evolución del tipo evolutivo es variable. La mitad de los niños parecen superarlo, mientras que la otra mitad sufre dificultades duraderas. Al llegar a la vida adulta lo normal es que se hayan adquirido habilidades lingüísticas normales, aunque es posible que permanezcan pequeños déficits.

El tipo adquirido puede aparecer a cualquier edad y su inicio es súbito. La evolución y el pronóstico de este dependen de la gravedad y localización de la patología cerebral y de la edad del niño y el nivel de desarrollo del lenguaje existente en el momento en que se adquirió el trastorno (PIR).

DISFASIA ADQUIRIDA	- Inicio súbito a cualquier edad entre los 3-10 años (PIR96, 185), tras periodo de desarrollo normal, como consecuencia de una enfermedad médica. - Su curso depende de: la gravedad y la localización de la lesión, la edad a la que suceda y el nivel de lenguaje previo (PIR).
DISFASIA EVOLUTIVA	- No asociada a lesión neurológica alguna. - Estos niños suelen iniciar su habla tardíamente y progresivamente con más lentitud de lo normal a través de los distintos estadios del desarrollo del lenguaje expresivo.

Tabla 10. Clasificación del trastorno de lenguaje expresivo (disfasias).

EN EL DESARROLLO FONOLÓGICO	- Los niños con disfasia evolutiva son más lentos que los niños normales, pero no aparecen como desviados (solo como retrasados en esta capacidad).
EN EL DESARROLLO SINTÁCTICO	- La capacidad para imitar secuencias fonológicas correlaciona con su capacidad de imitación sintáctica, es decir, cuanto peor realizan la imitación de frases, más fallan en la precisión fonológica de las palabras reales (Menyuk, 1978). - Se de un trastorno sintáctico en los niños difásicos.
EN EL DESARROLLO SEMÁNTICO	- Los niños disfásicos siguen el mismo patrón de desarrollo semántico que los niños normales, pero con un considerable retraso (Leonard, 1979).
EN EL FUNCIONAMIENTO PRAGMÁTICO	- No existe una incompetencia especial. Son niños con retraso en las habilidades comunicativas, pero no con una deficiencia.

Figura 11. Déficits psicolingüísticos de la Disfasia Evolutiva.

Diagnóstico diferencial

(Ver tabla 12 en la página siguiente)

Etiología, evaluación y tratamiento

Similares a los del Trastorno Mixto del Lenguaje Receptivo-Expresivo (ver apartados anteriores).

4.4. Trastorno del lenguaje (DSM 5)

Como venimos apuntando, el actual DSM 5 unifica el Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo y el Trastorno del lenguaje expresivo del anterior DSM-IV-TR en un único diagnóstico: el Trastorno del lenguaje, cuyos criterios diagnósticos se recogen en la tabla 13 (ver en la página siguiente).

4.5. Trastorno fonológico o dislalia

En el DSM aparece como **Trastorno fonológico**, mientras que en la CIE se le denomina **Trastorno específico de la pronunciación**.

Tradicionalmente se le ha denominado "dislalia funcional" que significa hablar mal o con dificultad.

Criterios diagnósticos

El Trastorno Fonológico mantiene la misma denominación en el DSM 5. El contenido esencial de los criterios diagnósticos se mantiene. En el DSM 5 se incluye de manera explícita un criterio diagnóstico (Criterio C) relativo a la aparición de las dificultades en etapas tempranas del desarrollo.

TRASTORNO MIXTO RECEPTIVO-EXPRESIVO	- En el trastorno expresivo no se dan deficiencias en el lenguaje receptivo.
TRASTORNO AUTISTA	- En el autismo se dan alteraciones en la interacción social y patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados.
TRASTORNO DE LA EXPRESIÓN ESCRITA	- En este caso se da una alteración de las habilidades para escribir. - Pueden darse ambos diagnósticos.
MUTISMO SELECTIVO	- Este trastorno implica una producción expresiva limitada que puede parecerse a un trastorno del lenguaje expresivo o mixto. - Hay que evaluar bien la presencia de un lenguaje normal.
AFASIA ADQUIRIDA	- Suele ser transitoria durante la infancia o durante el periodo de curación de la enfermedad médica. - El diagnóstico de trastorno del lenguaje expresivo solo es apropiado si la alteración del lenguaje persiste más allá del periodo agudo de recuperación, propio del trastorno etiológico médico.
RETRASO SIMPLE DEL HABLA	- Aparece en niños pequeños, menores de 3 años, que a pesar de comprender adecuadamente el lenguaje, no hablan nada; siendo la inteligencia normal y en ausencia de otras alteraciones que expliquen el cuadro (PIR11, 92). - En este trastorno no hay alteración de la comunicación no verbal.

Tabla 12. Diagnóstico diferencial del trastorno del lenguaje expresivo (disfasia).

TRASTORNO DEL LENGUAJE (DSM 5)

- A. Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (es decir, hablado, escrito, lenguaje de signos u otro) debido a deficiencias de la comprensión o la producción que incluye lo siguiente:
 1. Vocabulario reducido (conocimiento y uso de palabras).
 2. Estructura gramatical limitada (capacidad para situar las palabras y las terminaciones de palabras juntas para formar frases basándose en reglas gramaticales y morfológicas).
 3. Deterioro del discurso (capacidad para usar vocabulario y conectar frases para explicar o describir un tema o una serie de sucesos o tener una conversación).
- B. Las capacidades de lenguaje están notablemente y desde un punto de vista cuantificable por debajo de lo esperado para la edad, lo que produce limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier combinación.
- C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del periodo de desarrollo.
- D. Las dificultades no se pueden atribuir a un deterioro auditivo o sensorial de otro tipo, a una disfunción motora o a otra afección médica o neurológica y no se explica mejor por discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o retraso global del desarrollo.

Tabla 13. Trastorno del lenguaje (DSM 5).

Veamos a continuación los criterios diagnósticos propuestos por DSM-IV-TR y DSM 5 (ver tabla 14 y tabla 15 en la página siguiente).

La CIE-10 propone criterios similares al DSM (PIR00, 156), e incluye entre sus criterios propone puntos de corte específicos: 2 desviaciones típicas por debajo del nivel esperado y 1 desviación típica por debajo del CI no verbal.

Pueden existir errores en la producción (articulación), utilización, selección, ordenamiento, representación u organización de los sonidos como en el caso de las distorsiones de sonidos, sustituciones de un sonido por otro, inclusiones u omisiones de sonidos (PIR01, 46).

Existen algunos fonemas que presentan mayor problema y además son los últimos en adquirirse en la cadena evolutiva: l, r, s, z, ch. Existen diversos nombres para las alteraciones de los distintos fonemas:

TRASTORNO FONOLÓGICO (DSM-IV-TR) (PIR02, 102)

- A. Incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto (p. ej., errores en la producción, utilización, representación u organización de los sonidos tales como sustituciones de un sonido por otro, utilización del sonido -t- en lugar de -k- u omisiones de sonidos tales como consonantes finales).
- B. Las deficiencias de la producción de los sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.
- C. Si hay un retraso mental, un déficit sensorial o motor del habla, o una privación ambiental, las deficiencias del habla exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

Figura 14. Trastorno fonológico (DSM-IV-TR).

TRASTORNO FONOLÓGICO (DSM 5)

- A. Dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes.
- B. La alteración causa limitaciones en la comunicación eficaz que interfiere con la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier combinación.
- C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del periodo de desarrollo.
- D. Las dificultades no se pueden atribuir a afecciones congénitas o adquiridas, como parálisis cerebral, paladar hendido, hipoacusia, traumatismo cerebral u otras afecciones médicas o neurológicas.

Tabla 15. Trastorno fonológico (DSM 5).

- "l": lambdacismo.
- "r": rotacismo.
- "s": sigmatismo.
- "g": gammacismo.

En situaciones normales sobre los 6-7 años se suelen dominar la mayoría de los fonemas, aunque se aceptan dificultades. Sobre los 11-12 años el dominio de los fonemas debe ser completo.

Clasificación etiológica (PIR94, 251)

Trastorno fonológico o dislalia orgánica

Es producto de malformaciones orgánicas, de déficits sensoriales o motores o alteraciones neurológicas. No se incluyen ni en el DSM ni en la CIE.

Entre ellos se encuentran:

- **Disglosias.**
Alteración o defecto de la articulación de los fonemas producido por anomalías congénitas o adquiridas, en los órganos del habla.
- **Disartrias.**
Alteración o defecto de la articulación debido a lesiones en el control muscular. Puede deberse a una lesión en el sistema nervioso central, periférico o en ambos.

Trastorno fonológico o dislalia funcional

No se conoce la etiología responsable de la alteración en el manejo de los fonemas. La única recogida por DSM y CIE.

- **Dislalia.**
Alteración o defecto en la articulación producido por un modo incorrecto de articulación, sin lesión orgánica (PIR97, 79).

Epidemiología y curso

Su prevalencia estimada es del 2-3% aproximadamente.

Los casos más graves pueden detectarse ya a los 3 años, pero lo más frecuente es que se detecte cuando comienzan el colegio, donde se les pide que expresen verbalmente.

Suele diagnosticarse en los años preescolares, que es la edad en que el niño empieza a consolidar el lenguaje.

El curso del trastorno es muy variable: depende de la gravedad y de las causas asociadas. En los casos leves y de causa conocida, el trastorno suele remitir de forma espontánea.

Diagnóstico diferencial

Se debe descartar que las dificultades que aparecen en la pronunciación de los fonemas se deban a retraso mental, deficiencias sensoriales, déficit motor del habla o privación ambiental.

Etiología

Este trastorno suele asociarse a retrasos madurativos generales que pueden acompañarse de otros trastornos, los cuales pueden verse como señal de dichos retrasos.

HIPÓTESIS ORGÁNICAS	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas neuromotores (disartrias). - Alteraciones en el aparato fonador como las disglosias. - Alteraciones auditivas como las dislalias auditivas.
HIPÓTESIS FUNCIONALES	<ul style="list-style-type: none"> - Déficits atencionales en el aprendizaje de los movimientos imprescindibles para la fonación. - Déficits atencionales que impiden que el niño capte los sonidos del habla. - Déficits sensoriales en la discriminación de los sonidos. - Imitación de modelos inadecuados. - Carencia de estimulación adecuada. - Déficits afectivos o desapego familiar.

Tabla 16. Hipótesis etiológicas del Trastorno Fonológico.

Evaluación

La evaluación incluye la valoración del lenguaje espontáneo del niño, del lenguaje del niño inducido por pruebas no estandarizadas y del lenguaje inducido con pruebas estandarizadas (ya mencionadas en el apartado de Evaluación del Trastorno Mixto del Lenguaje Receptivo-Expresivo).

Tratamiento

Respecto al tratamiento actualmente se recurre a técnicas conductuales (ver tabla 17 en la página siguiente).

4.6. Tartamudeo (DSM-IV-TR) - Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (DSM 5)

El DSM 5 incluye un cambio en el nombre en esta categoría diagnóstica y pasa a denominarla **Trastorno de la Fluidez de Inicio en la Infancia**.

La CIE-10 lo denomina **Espasmofemia**, mientras que algunos autores lo denominan **disfemia** (PIR98, 165).

MOLDEAMIENTO	Ir reforzando las respuestas que se vayan acercando cada vez más a la respuesta correcta a su vez (PIR11, 173), se realizan ejercicios que faciliten la discriminación y la selección de los sonidos, el entrenamiento del fonema y la realización de ensayos múltiples en diversas circunstancias.
ENCADENAMIENTO	Unir el fonema problemático con otros fonemas y posteriormente incluirlo en palabras y las palabras dentro de frases. Poco a poco el entrenamiento se va complicando.
GENERALIZACIÓN	Favorecer una pronunciación correcta cada vez en más áreas.

Tabla 17. Técnicas conductuales de intervención en el Trastorno de lenguaje expresivo.

Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos propuestos por el DSM 5 suponen escaso cambio con respecto a los propuestos por el anterior DSM-IV-TR. Cabe destacar que se incluye como criterio diagnóstico que el inicio de la alteración debe darse de manera temprana en el desarrollo, ya que un inicio más tardío haría necesario el diagnóstico de Trastorno de la fluidez de inicio en la edad adulta (Criterio C).

Veamos a continuación los criterios diagnósticos propuestos por uno y otro (ver tablas 18 y 19).

La CIE-10 incluye criterios de duración mínima (3 meses) para determinar la significación clínica del tartamudeo y la presencia de **balbismos** (alteraciones motoras, tics, parpadeos... asociados al tartamudeo) (PIR93, 128).

Estos problemas con menor intensidad son frecuentes en la primera infancia de forma transitoria, o como un rasgo continuo en el habla incluso en la vida adulta. **Solo se diagnostica cuando hay una importante afectación del habla.**

TARTAMUDEO (DSM-IV-TR) (PIR01, 47; PIR01, 80; PIR04, 127)

- A. Alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla (adecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por ocurrencias frecuentes de los siguientes fenómenos:
 1. Repeticiones de sonidos y sílabas.
 2. Prolongaciones de sonidos.
 3. Interjecciones.
 4. Palabras fragmentadas.
 5. Bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla).
 6. Circunloquios.
 7. Palabras producidas con un exceso de tensión física.
 8. Repeticiones de palabras monosilábicas.
- B. La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.
- C. Si hay un retraso mental, un déficit sensorial o motor del habla, o una privación ambiental, las deficiencias del habla exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

Tabla 18. Tartamudeo (DSM-IV-TR).

Este cuadro se caracteriza por una gran variabilidad tanto situacional como personal. La alteración puede variar mucho en función de las situaciones, empeora cuando hay algún tipo de presión especial para comunicarse. En otras circunstancias, incluso en los casos más graves, el tartamudeo suele desaparecer.

Si el niño es consciente de sus dificultades puede tener miedo anticipatorio, lo que le llevará a intentar evitar el tartamudeo. Por ejemplo, puede intentar alterar el ritmo del lenguaje, prescindir de ciertas palabras o sonidos o evitar situaciones en las que se ve obligado a hablar.

TRASTORNO DE LA FLUIDEZ DE INICIO EN LA INFANCIA (DSM 5)

- A. Alteraciones de la fluidez y la organización temporal normales del habla que son inadecuadas para la edad del individuo y las habilidades de lenguaje, persisten con el tiempo y se caracterizan por la aparición frecuente y notable de uno (o más) de los siguientes factores:
 1. Repetición de sonidos y sílabas.
 2. Prolongación de sonido de consonantes y de vocales.
 3. Palabras fragmentadas (p. ej., pausas en medio de una palabra).
 4. Bloqueo audible o silencioso (pausas en el habla, llenas o vacías).
 5. Circunloquios (sustitución de palabras para evitar palabras problemáticas).
 6. Palabras producidas con un exceso de tensión física.
 7. Repetición de palabras completas monosilábicas (p. ej., "Yo-Yo-Yo-Yo lo veo").
- B. La alteración causa ansiedad al hablar o limitaciones en la comunicación eficaz, la participación social, el rendimiento académico o laboral de forma individual o en cualquier combinación.
- C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del periodo de desarrollo.
Nota: los casos de inicio más tardío se diagnostican como Trastorno de la fluidez de inicio en el adulto.
- D. La alteración no se puede atribuir a un déficit motor o sensitivo del habla, disfluencia asociada a un daño neurológico (p. ej., ictus, tumor, traumatismo) o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Tabla 19. Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (DSM 5).

TÓNICA	CLÓNICA	MIXTA O TÓNICO-CLÓNICA
Bloqueos al iniciar el discurso (PIR16, 62) , después se expresan con normalidad	Pequeños espasmos o contracciones musculares que producen la repetición de determinados fonemas, al comienzo o en el curso de una frase (PIR97, 130; PIR08, 53)	
Contracciones, rigidez y sacudidas intermitentes		
Gran tensión muscular	Puede haber o no tensión muscular	

Tabla 20. Clasificación de las disfonías según sus manifestaciones clínicas.

Clasificaciones

En función de sus manifestaciones clínicas (ver tabla 20).

En función de la complicación del cuadro:

TIPO 1	TIPO 2 (PERSISTENTES)
No son conscientes del problema	Son conscientes del problema
No intentan solucionarlo	Intentan evitar situaciones
Se observa a edad temprana (2-7 años)	Se observa a niños mayores (8-12 años) (PIR93, 161)
Pocas manifestaciones en el habla (pequeños bloqueos, repeticiones)	Múltiples alteraciones en el habla y ansiedad ante los errores
Mantenido por reforzamiento +	Mantenido por reforzamiento -

Tabla 21. Clasificación de las disfonías la complicación del cuadro.

Epidemiología

La prevalencia se sitúa en torno a un 3-4% de la población escolar.

En general la prevalencia del cuadro va disminuyendo según aumenta la edad, situándose en la adolescencia alrededor del 0,8%.

Se da en mayor proporción en varones que en mujeres con un ratio de 3:1.

Curso

La edad típica de aparición del problema es a los 5 años de edad, situándose su inicio entre los 2 y los 7 años. Al comenzar a hablar e incluso antes de los 6 años son frecuentes las alteraciones en el habla que tienden a remitir de forma espontánea.

Su aparición es típicamente gradual y suele comenzar con problemas en las consonantes al inicio de las frases, especialmente con sonidos oclusivos (PIR12, 205). Al comienzo del trastorno el niño puede no ser consciente del problema y darse cuenta de las dificultades más adelante.

La recuperación espontánea suele ser frecuente antes de los 16 años (PIR).

Según Froeschels, se dan cuatro etapas en la adquisición de la tartamudez:

1. Repeticiones al principio de las palabras que son normales cuando se empieza a hablar.
2. Los espasmos se van enlenteciendo y es frecuente la aparición de sincinesias.
3. Aparecen bloqueos y es frecuente la presencia de balbismos. El sujeto comienza a tomar conciencia del problema.
4. Establecimiento del cuadro con todas sus manifestaciones.

Diagnóstico diferencial

Debe establecerse el diagnóstico diferencial con las deficiencias auditivas u otros déficits sensoriales o motores.

También debe distinguirse de las alteraciones en el lenguaje naturales en los niños pequeños.

Etiología

Modelos biológicos

- **Hipótesis genética.**
Se relacionan con la alta incidencia familiar del trastorno y la mayor proporción encontrada en varones.

- **Teoría de la dominancia cerebral de la tartamudez.**
Desde este planteamiento se defiende una lateralización del lenguaje a favor del hemisferio derecho que sería la causante de los problemas lingüísticos (PIR06, 110). Los tartamudos procesarían el lenguaje en el hemisferio derecho y no en el izquierdo, lo que podría provocar una deficiente interpretación sensoriomotora del procesamiento lingüístico.

- **Teorías perceptivas.**

Existiría en la tartamudez una alteración en el sistema de retroalimentación del habla, lo que provocaría una descoordinación entre las áreas cerebrales del lenguaje y los órganos fonadores. Para defender esta teoría se basan en el **efecto Lee**: niños con habla normal tienen tartamudez si se les altera (retarda) la escucha de su propia voz y niños tartamudos mejoran con este procedimiento. Existen tres fuentes de retroalimentación importantes para entender esta teoría:

- Cenestésica y propioceptiva de los órganos (principal para niños sin problemas).
- Estructuras óseas de la cabeza (deficiencias en niños tartamudos).
- Aérea (la persistencia en el uso de la vía aérea, con el tiempo interfiere con el desarrollo de la vía propioceptiva que ocurre normalmente apareciendo las interferencias).

- **Otras.**

Déficits en la planificación y coordinación del habla (escasa coordinación de los rápidos que se requiere para hablar).

Modelos psicológicos

- **Condicionamiento de la ansiedad al habla.**

Ante las disfluencias normales en el comienzo del habla, recibe recriminaciones. La respuesta de ansiedad facilita la aparición de nuevas alteraciones en el habla o disfluencias por un aumento de la tensión en el sistema fonador.

- **Modelo de aprendizaje.**

El niño va aprendiendo un patrón de habla erróneo que se caracteriza por la lentitud.

- **Modelo integrador de Santacreu.**

La tartamudez se debería a la unión de diferentes elementos:

- Dificultades de fluidez manifestadas en los primeros momentos del aprendizaje.

- Inadecuados modelos familiares (padres tartamudos o que hablan rápido).
- Sobreatención a la falta de fluidez del lenguaje del niño o tensión ante los problemas del habla del niño.
- Ansiedad a la hora de hablar debido a los factores anteriores.
- Problemas de respiración.
- Evitación de la situación tratando de hablar menos o más rápido.

- **Influencia de variables cognitivas.**

Creencias y expectativas sobre la tartamudez, influencia de pensamientos anticipatorios que provocan emociones negativas y que a su vez favorecen el tartamudeo.

Evaluación

Fundamentalmente se analizan los patrones de comunicación del niño, principalmente en los aspectos verbales.

Es importante determinar si existen otros problemas a nivel cognitivo (déficits intelectuales) u otras alteraciones en el lenguaje.

También deben conocerse las repercusiones que puede tener tanto a nivel de rendimiento académico, en las relaciones sociales (retraimiento o agresividad) y a nivel emocional (presencia de ansiedad y de respuestas de evitación).

Tratamiento

(Para mayor información, consultar el Manual APIR de Tratamientos Psicológicos)

4.7. Trastorno de la comunicación social (pragmática) (DSM 5)

El Trastorno de la Comunicación Social (Pragmática) es una categoría diagnóstica de nueva aparición en el DSM 5.

Como vimos cuando abordamos los Trastornos del Espectro Autista en el tema 3 del presente manual, los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de Trastorno del Espectro Autista, pueden ser diagnosticados de un Trastorno de la Comunicación Social (Pragmática).

Los criterios diagnóstico propuestos por el DSM 5 para esta categoría diagnóstica se recogen en la tabla 22.

4.8. Trastorno de la comunicación no especificado

Tanto el DSM-IV-TR como el DSM 5 incluyen esta categoría diagnóstica (ver tabla 23).

TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN SOCIAL (PRAGMÁTICA) (DSM 5)

- A. Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal que se manifiesta por todos los siguientes factores:
1. Deficiencias en el uso de la comunicación para propósitos sociales, como saludar y compartir información, de manera que sea apropiada al contexto social.
 2. Deterioro de la capacidad para cambiar la comunicación de forma que se adapte al contexto o a las necesidades del que escucha, como hablar de forma diferente en un aula o en un parque, conversar de forma diferente con un niño o con un adulto, y evitar el uso de un lenguaje demasiado formal.
 3. Dificultades para seguir las normas de conversación y narración, como respetar el turno en la conversación, expresarse de otro modo cuando no se es bien comprendido y saber cuándo utilizar signos verbales y no verbales para regular la interacción.
 4. Dificultades para comprender lo que no se dice explícitamente (p. ej., hacer inferencias) y significados no literales o ambiguos del lenguaje (p. ej., expresiones idiomáticas, humor, metáforas, múltiples significados que dependen del contexto para la interpretación).
- B. Las deficiencias causan limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, las relaciones sociales, los logros académicos o el desempeño laboral, ya sea individualmente o en combinación.
- C. Los síntomas comienzan en las primeras fases del periodo de desarrollo (pero las deficiencias pueden no manifestarse totalmente hasta que la necesidad de comunicación social supera las capacidades limitadas).
- D. Los síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica o neurológica ni a la baja capacidad en los dominios de morfología y gramática, y no se explican mejor por un trastorno del espectro del autismo, discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), retraso global del desarrollo u otro trastorno mental.

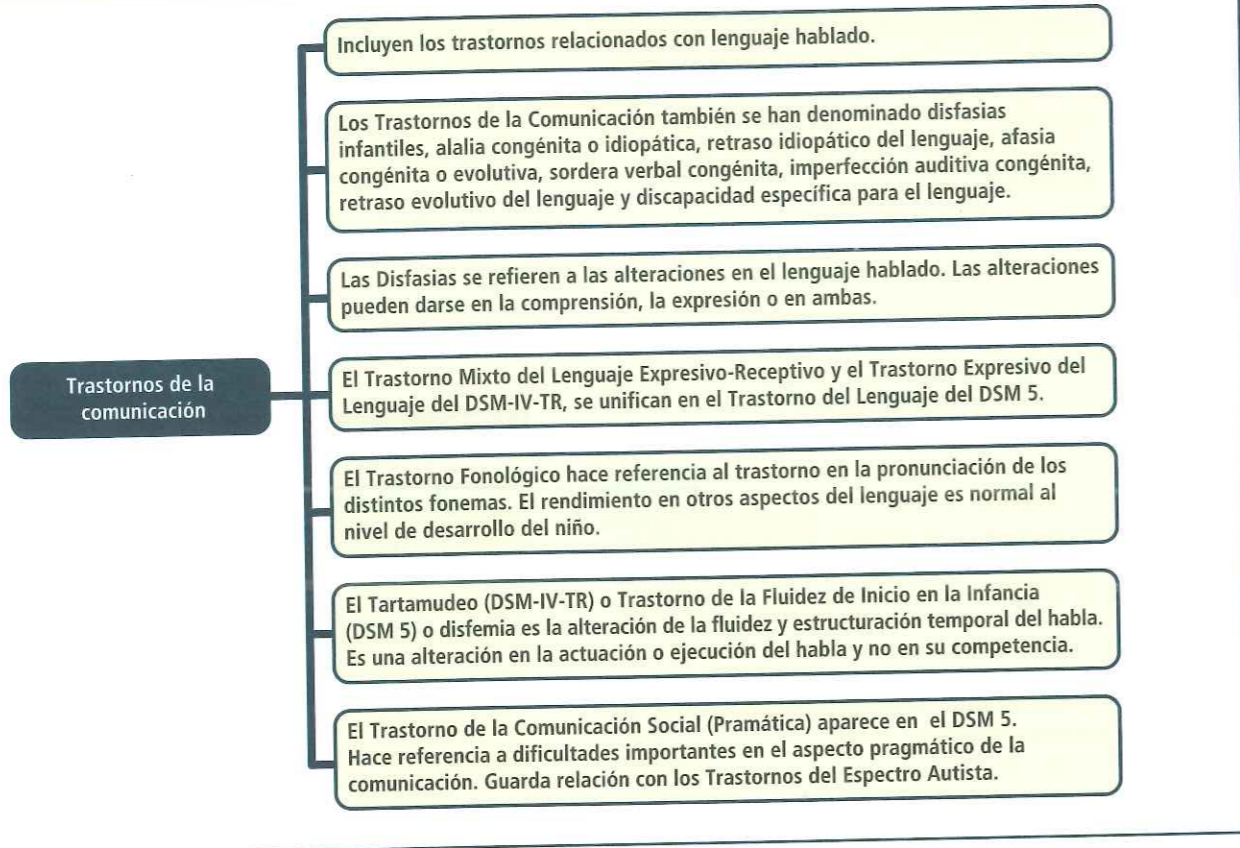
Tabla 22. Trastorno de la comunicación social (pragmática) (DSM 5).

TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN NO ESPECIFICADO (DSM-IV-TR Y DSM 5)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno de la comunicación que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios del trastorno de la comunicación o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. La categoría del trastorno de la comunicación no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de trastorno de la comunicación o de un trastorno del desarrollo neurológico específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Tabla 23. Trastorno de la comunicación no especificado (DSM-IV-TR y DSM 5).

Resumen de los puntos principales



TEMA 5 TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE DSM 5

5.1. Introducción

Se considera a **Samuel Kirk (PIR)**, como el fundador de las investigaciones en trastornos del aprendizaje en 1963, formándose desde entonces el grupo de estos trastornos.

Estos trastornos han tenido tradicionalmente poca importancia dentro de la Psicología Clínica ya que eran considerados un problema educativo. Sin embargo hoy en día sabemos que los problemas de aprendizaje pueden ser causa de problemas relacionales, de conducta o problemas emocionales (PIR98, 59). Una de sus primeras denominaciones fue **Trastornos de las habilidades académicas**.

El **Comité Conjunto Nacional para las dificultades de Aprendizaje** (1988) considera que el término **Dificultades de aprendizaje** es "una denominación genérica que se refiere a un grupo heterogéneo de trastornos que se manifiestan en dificultades significativas al adquirir y usar las capacidades de escuchar, hablar, leer, escribir, de razonamiento o matemáticas. Estos trastornos son intrínsecos al individuo, se supone que se deben a disfunción del sistema nervioso central y pueden darse a lo largo de la vida. Aun cuando las dificultades pueden ocurrir de forma concomitante con otros hándicaps (retraso mental, alteraciones emocionales) o con influencias extrínsecas (diferencias culturales, instrucción insuficiente), ellas no son el resultado directo de aquellas condiciones o influencias".

Aunque puedan producirse problemas en todas las áreas escolares, la mayor alteración se da siempre en las áreas más básicas: lectura, escritura y cálculo.

En los Trastornos de Aprendizaje es frecuente que haya baja autoestima, déficit en las habilidades sociales, déficit de atención e hiperactividad y/o fracaso escolar.

Respecto a la tasa de abandono escolar en niños con trastornos del aprendizaje, se estima que llega al 40%.

La prevalencia es del 2-8% en la población infantil escolarizada.

5.2. Clasificaciones internacionales

El DSM y la CIE realizan la siguiente clasificación de los trastornos de aprendizaje (ver tabla 1).

DSM-IV-TR EN TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	DSM 5 EN TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO	CIE-10 EN TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO
TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE: - Trastorno de la lectura. - Trastorno del cálculo. - Trastorno de la expresión escrita.	TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE: - Trastornos específico del aprendizaje.	TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL APRENDIZAJE ESCOLAR: - Trastorno específico de la lectura. - Trastorno específico de la ortografía. - Trastorno específico del cálculo. - Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar. - Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar (disgrafía: Tr. desarrollo de la expresión escrita). - Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.

Tabla 1. Trastornos del aprendizaje en CIE y DSM.

Los principales cambios que aporta el **DSM 5** se recogen en la siguiente tabla.

PRINCIPALES CAMBIOS DSM 5
- Los tres trastornos específicos del aprendizaje del DSM-IV-TR se unifican en un único diagnóstico de Trastorno específico del aprendizaje. - Se incluyen especificadores correspondientes a cada uno de los tres trastornos del DSM-IV-TR: <ul style="list-style-type: none"> • Con dificultades en la lectura: la dislexia es un término alternativo utilizado para referirse a un patrón de dificultades del aprendizaje que se caracteriza por problemas con el reconocimiento de palabras en forma precisa o fluida, deletrear mal y poca capacidad ortográfica. Si se utiliza dislexia para especificar este patrón particular de dificultades, también es importante especificar cualquier dificultad adicional presente, como dificultades de comprensión de la lectura o del razonamiento matemático. • Con dificultad para la expresión escrita. • Con dificultad matemática: discalculia es un término alternativo utilizado para referirse a un patrón de dificultades que se caracteriza por problemas de procesamiento de la información numérica, aprendizaje de operaciones aritméticas y cálculo correcto o fluido. Si se utiliza discalculia para especificar este patrón particular de dificultades matemáticas, también es importante especificar cualquier dificultad adicional presente, como dificultades del razonamiento matemático o del razonamiento correcto de las palabras. - Se incluye un criterio temporal de duración de la alteración: 6 meses. - Se incluye un especificador de gravedad de la alteración del aprendizaje.

Tabla 2. Principales cambios DSM 5.

El **DSM-IV-TR** propone unos criterios generales para los Trastornos del Aprendizaje, que se presentan en la **tabla 3 (ver página siguiente)**.

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE (DSM-IV-TR) (PIR)

- A. El **rendimiento** en estas áreas es significativamente (por debajo de dos desviaciones típicas) inferior al **esperado en función de su edad, nivel de inteligencia y escolarización**. Debe evaluarse mediante pruebas normalizadas administradas individualmente.
- B. Esta alteración **influye significativamente en su rendimiento académico o en su vida diaria**,
- C. Si existe algún tipo de déficit, las alteraciones que produce superan a las esperables por tal déficit.

Tabla 3. Trastornos del aprendizaje (DSM-IV-TR).

El **DSM** incluye dentro del diagnóstico los casos considerados como adquiridos (secundarios) mientras que la **CIE** solo incluye los evolutivos (primarios):

ALTERACIONES PRIMARIAS (PIR97, 133; PIR04, 174)	ALTERACIONES SECUNDARIAS
Sin causa orgánica específica. Se dan en capacidades humanas como el habla, la escritura o el cálculo. No se deben a déficits sensoriales, motores o sociales. Si existe alguna alteración no es detectable. El habla, la escritura o el cálculo están alterados de manera primaria.	Son el resultado a otro trastorno, limitación personal o privación cultural. Se dan en capacidades no específicamente humanas. Surgen como consecuencia a deficiencias neurológicas, sensoriales, psíquicas o ambientales. El habla, la escritura y el cálculo están alterados de manera secundaria.

Tabla 4. Trastornos del aprendizaje primarios vs secundarios.

Por su parte la **CIE** además defiende que:

- Estas alteraciones deben comenzar en la primera-segunda infancia.
- El retraso en estas funciones está asociado a la maduración del SNC.
- Su curso es estable.
- En general disminuyen con la edad.
- En ningún momento se ha dado un desarrollo normal.
- La mayoría son de origen desconocido (a excepción del síndrome de Landau-Kleffner que se debe a un cuadro epiléptico).

En este capítulo vamos a presentar por separado los tres diagnósticos que recoge el **DSM-IV-TR** y a continuación, la reformulación bajo diagnóstico único de Trastorno Específico del Aprendizaje que establece el **DSM 5**.

5.3. Trastorno del aprendizaje de la lectura (DSM-IV-TR)

Criterios diagnósticos

El cuadro también se denomina **dislexia**. Si la causa es conocida se denomina **dislexia adquirida o traumática** (la CIE-10 excluye estos casos) y si su etiología es desconocida se denomina **dislexia evolutiva**.

La **Sociedad Internacional de Dislexia** considera que es un problema específico del lenguaje, con una base constitucional, cuya característica principal es la dificultad para decodificar palabras y que refleja un déficit de habilidades en el procesamiento fonológico.

TRASTORNO DEL APRENDIZAJE DE LA LECTURA (DSM-IV-TR) (PIR97, 42; PIR00, 157; PIR01, 42; PIR02, 89)

- A. El **rendimiento en lectura**, medido mediante pruebas de precisión o comprensión normalizadas y administradas individualmente, se sitúa **sustancialmente por debajo de lo esperado** para su edad, CI y escolaridad. Lo que suele manifestarse por:
 - Omisiones, sustituciones, distorsiones o adiciones de palabras o partes de palabras.
 - Lentitud.
 - Falsos arranques, largas vacilaciones o pérdidas del sitio del texto en el que se estaba leyendo.
 - Inversiones de palabras en frases o de letras dentro de palabras.
 - Incapacidad para recordar lo leído.
 - Incapacidad para extraer conclusiones o inferencias del material leído.
 - El recurrir a conocimientos generales, más que a la información obtenida de una lectura, para contestar a preguntas sobre ella.
- B. La alteración del criterio A **interfiere significativamente en el rendimiento académico o actividades de la vida cotidiana**, que exigen habilidades para la lectura.
- C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura exceden las habituales para él.

Tabla 5. Trastorno del aprendizaje de la lectura (DSM-IV-TR).

En la **CIE-10** aparece definido como un trastorno de la lectura no explicado por problemas de inteligencia, déficits sensoriales o falta de escolarización. En la lectura puede verse afectada la comprensión, la capacidad de leer en voz alta, el reconocimiento de lo que se ha leído y darse un bajo rendimiento en tareas relacionadas con la lectura.

Durante el aprendizaje de la lectura de estos niños es frecuente que se produzca lo que **Stanovich** denominó "**Matthew Effect**": un círculo vicioso por el que estos niños evitan leer debido a lo dificultoso y desagradable que les resulta la tarea, lo que a la vez provoca que su aprendizaje sea más lento y están más retrasados que sus compañeros.

Estos problemas en la lectura y la ortografía pueden deberse a problemas en el análisis fonológico. Es posible que al llegar a la edad adulta los problemas ortográficos superen a los problemas en lectura.

Es frecuente que los niños con trastornos de la lectura tengan antecedentes de trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.

Clasificación

Tradicionalmente los problemas de lectura se dividen en dislexias adquiridas o alexias y en dislexias evolutivas o del desarrollo.

(Ver tabla 6 en la página siguiente)

DISLEXIAS ADQUIRIDAS O ALEXIAS (PIR05, 69)

Alexia pura: anteriormente denominado "ceguera pura de las palabras". Produce una gran dificultad para reconocer letras, sílabas y palabras. No son capaces de decodificar su significado. Relacionada con lesiones en el lóbulo occipital izquierdo, uncus y lóbulo parietal inferior.

Alexia con agrafia: afectación global del lenguaje escrito. Trastorno de la lectura acompañado de trastorno en la escritura (agrafia) y de anomia, apraxia y dificultades en la denominación. Relacionada con una lesión en el lóbulo parietal superior y de las vías de acceso a los lóbulos temporal y occipital.

Alexia con afasia: alteración en la lectura acompañada de alteraciones en el lenguaje oral.

DISLEXIAS EVOLUTIVAS

Tabla 6. Clasificación de la dislexia

RETRASO MENTAL	Es habitual que aparezca un retraso en el lenguaje, pueden coexistir ambos diagnósticos.
VARIACIONES NORMALES DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO	La diferenciación puede resultar difícil, por ello se ha establecido como criterio el de las dos desviaciones típicas en pruebas de lectura.
ALTERACIONES SENSORIALES	Pueden coexistir con el trastorno, pero para realizar el diagnóstico de trastorno de la lectura las alteraciones en la lectura deben ser primarias.

Tabla 7. Diagnóstico diferencial del Trastorno del aprendizaje de la lectura (dislexia).

Epidemiología y curso

Constituyen el 80% de los diagnósticos de trastornos del aprendizaje, situándose la prevalencia en torno al 2-8% de los niños escolarizados, aunque se acepta el situarla en el 5%.

Se diagnostica más en varones (proporción de 3:1), aunque parece que afecta por igual a hombres y mujeres, esto puede deberse a que los varones acuden más por problemas de conducta.

Suele haber mayor porcentaje entre los niños que cuentan con antecedentes familiares del trastorno.

El trastorno de la lectura no se diagnostica antes de los 7 años, aunque pueden darse problemas ya en el parvulario. El pronóstico es bueno si se realiza una intervención temprana, aunque en algunos casos puede persistir durante la vida adulta.

Diagnóstico diferencial

(Ver tabla 7)

Etiología

Modelo neuropsicológico

Distingue entre **dislexia como síntoma** (dentro de la dislexia evolutiva, o secundaria a otro trastorno) y la **dislexia como cuadro** (exclusivamente la dislexia evolutiva).

Se manejan **dos hipótesis etiológicas** diferentes para las dislexias evolutivas:

- Existencia de un **retraso madurativo** en el córtex cerebral, sobre todo del hemisferio izquierdo (**Staz y Van Nostrand**) (PIR94, 77).

Estos autores defienden la existencia de un único síndrome que puede manifestarse de diferentes maneras dependiendo de la edad del niño (PIR). En niños de 7-8 años sería más frecuente el retraso en funciones sensoriomotoras y visoperceptivas, mientras que en niños de entre 9-12 años sería más común la alteración en las funciones verbales y conceptuales.

- Disfunción cerebral.

Plantea que alteración en el funcionamiento lectoescritor se debe a una alteración de la organización cerebral (intra o interhemisférica).

Desde esta perspectiva se defiende que diferentes alteraciones darían lugar a diferentes síndromes y que se darían diferencias entre los cerebros de los lectores normales y de los disléxicos como puede ser la **ausencia de la asimetría habitual en el plano temporal** (PIR04, 201). Otras diferencias encontradas son un menor tamaño de las neuronas magnocelulares de los núcleos geniculados laterales y un menor tamaño de las neuronas del núcleo geniculado medial izquierdo en personas con dislexia.

Clasificación neuropsicológica de las dislexias evolutivas:

- Dislexia perceptivo-visual, superficial o diseidética (PIR15, 56; PIR10, 27).

Se debe a déficits neuropsicológicos en las destrezas perceptivo-visuales, destrezas psicomotrices y en la memoria visual inmediata.

Es más frecuente en niños disléxicos de menor edad (7-8 años). Se parte de que las primeras etapas de la lectura dependen más de procesamientos viso-perceptivos que lingüísticos. Origina dificultades en el procesamiento cognitivo visual: no pueden visualizar cognitivamente los grafemas ni adquirir el significado simbólico porque las letras no son reconocidas como tales. Supone un fracaso en la habilidad de procesar estímulos verbales de forma simultánea como "gestalts" (PIR13, 233).

Las dificultades de asociación grafema-fonema se ha asociado con lesiones o daños en la circunvolución angular (PIR95, 07; PIR12, 75).

(Ver figura 1 en la página siguiente)

- Dislexia auditivo-lingüística, fonológica o disfonética (PIR93, 78).

Se debe a déficits en discriminación auditiva, memoria auditiva inmediata y habilidades psicolingüísticas (dislalias/errores de articulación, fluidez verbal escasa y comprensión verbal escasa).

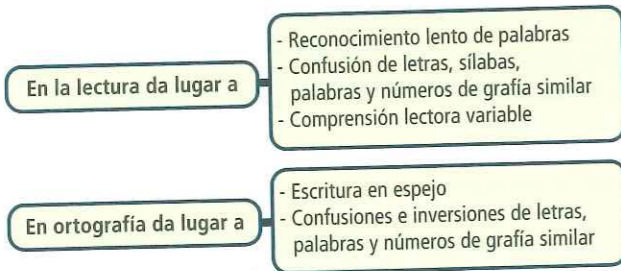


Figura 1. Alteraciones en la dislexia superficial.

Es más frecuente en niños disléxicos de 10 a 12 años. Origina dificultades en el procesamiento auditivo-visual. No puede hacer audibles cognitivamente los grafemas del modo adecuado, falla en la asociación fonema-grafema. Supone un fracaso en la habilidad para procesar estímulos verbales secuencialmente (PIR95, 75).

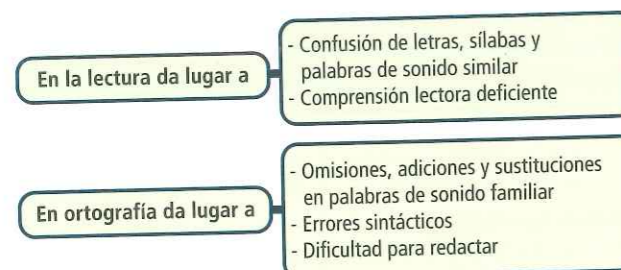


Figura 2. Alteraciones en la dislexia fonológica.

- **Dislexia mixta, profunda o aléxica.**
Dificultades tanto en el procesamiento visual como en el auditivo.

Modelo cognitivo

- **Teoría de la doble vía.**
Postula la existencia de una doble vía de la lectura:
• **Vía directa o léxica.**

Es la utilizada para leer palabras conocidas, tanto regulares (se pronuncian como se escriben) como irregulares (se escriben y se pronuncian de manera distinta, p. ej., "huerto") (PIR). En esta vía se produce un reconocimiento global de la palabra debido a un **procesamiento simultáneo** de la información. Si esta vía se ve alterada no podrán leerse palabras irregulares (**dislexia superficial** (PIR99, 74; PIR08, 61)) ni palabras regulares (**dislexia profunda** (PIR93, 133)).

• **Vía indirecta o fonológica.**
Es la utilizada para leer palabras desconocidas o pseudopalabras (**dislexia fonológica**) (PIR06, 108). Se basa en una lectura fonética, es decir, el sujeto relaciona el grafismo con su sonido y de este sonido extrae el significado. Se basa en un **procesamiento secuencial** de la información por el cual se va leyendo letra a letra. Su alteración produce dislexia fonológica.

VÍA DIRECTA, VISUAL O LÉXICA	VÍA INDIRECTA O FONOLÓGICA
Relación directa palabra-significado. Basada en aspectos perceptivo-visuales de la lectura. Procesamiento simultáneo. Dislexia superficial: dificultad para leer palabras irregulares. Si hay lesión se lee por la vía fonológica.	Relación indirecta grafema-sonido-significado. Basada en la descodificación fonémica. Procesamiento secuencial. Dislexia fonológica: dificultad para leer pseudopalabras. Si hay lesión se lee por la vía léxica.
SI ESTÁN AFECTADAS LAS DOS VÍAS	
Dislexia profunda: dificultad para leer también palabras regulares.	

Tabla 8. Teoría de la Doble Vía.

- **Modelo de adquisición de la lectura de Uta Frith.**
Considera que el aprendizaje de la lectura pasa por 3 fases en las que se emplean estrategias diferentes, pero que se dan de forma secuencial en el desarrollo de la lectura (ver tabla 9). Cada tipo de dislexia se vería afectada por el bloqueo de diferentes fases de la lectura:



Figura 3. Correspondencia Doble Vía- Modelo de adquisición del lenguaje (Frith).

- **Modelo de los cuatro procesadores (Seymour y McGregor).** (Ver tabla 10 en la página siguiente)

FASE LOGOGRÁFICA	- El niño se apoya en los grafemas de manera global sin tener en cuenta los sonidos individuales de cada letra. - Reconoce palabras familiares. - La fonología se tiene en cuenta tras reconocer la palabra.
FASE ALFABÉTICA	- Comienza sobre los 5-6 años. - Se establece la correspondencia fonema-grafema y grafema-fonema. - Pueden dividir las palabras en fonemas y después volver a formar las palabras.
FASE ORTOGRÁFICA	- Comienza sobre los 7-8 años. - Se analizan las palabras de manera sintáctica y semántica. - Ya no son necesarias las estrategias anteriores.

Tabla 9. Modelo de la adquisición de la lectura (Uta Frith).

2 PROCESOS ANTERIORES A LA ADQUISICIÓN DE LA LECTURA	1. Procesador semántico: se encarga de la representación abstracta de conceptos y de las relaciones entre ellos.
	2. Procesador fonológico: se ocupa de la representación de los fonemas y genera el lenguaje hablado.
2 PROCESOS QUE SE FORMAN DURANTE LA ADQUISICIÓN DE LA LECTURA	3. Procesador grafémico: se ocupa de las características visuales de las letras.
	4. Procesador ortográfico: posibilita el acceso a la semántica desde la fonología (comprensión) y desde la semántica a la fonología (expresión).

Tabla 10. Modelo de los cuatro procesadores.

MODELO NEUROPSICOLÓGICO	MODELO COGNITIVO	MODELO COGNITIVO DE UTA FRITH	MODELO DE LURIA
1. Dislexia perceptivo-visual 2. Dislexia auditivo-lingüística 3. Dislexia mixta	1. Dislexia superficial 2. Dislexia fonológica 3. Dislexia profunda	1. Dislexia superficial o semántica 2. Dislexia fonológica 3. Dislexia profunda	1. Dislexia simultánea 2. Dislexia secuencial 3. Dislexia mixta

Tabla 11. Resumen de los modelos cognitivos.

DISEIDÉTICA PERCEPTIVO VISUAL SUPERFICIAL (SEMÁNTICA, VISUAL)	DISFONÉTICA AUDITIVO LINGÜÍSTICA FONOLÓGICA (AUDITIVO)	ALÉXICA MIXTA PROFUNDA
Alteración procesamiento simultáneo	Alteración procesamiento secuencial	Alteración de ambos tipos de procesamiento
Problemas para leer palabras irregulares	Problemas para leer pseudopalabras	Dificultad para leer pseudopalabras
Alteración de la vía directa: Grafismo » significado	Alteración de la vía indirecta: Grafismo » sonido » significado	Dificultad para asociar fonemas y grafemas
Según modelo de Uta Frith: Bloqueo fase alfabética	Según modelo de Uta Frith: Bloqueo en fase ortográfica	Según modelo de Uta Frith: Guarda relación con la lectura logográfica de los principiantes

Tabla 12. Resumen de las dislexias evolutivas propuestas por los diferentes modelos cognitivos. Tomado de BELLOCH, A., SANDÍN, B. Y RAMOS F. (2008): *Manual de psicopatología*. Volumen II. Madrid. McGraw-Hill.

DISLEXIA SUPERFICIAL	DISLEXIA FONOLÓGICA	DISLEXIA PROFUNDA
Dañada la vía visual.	Dañada la vía auditiva.	Dañadas las dos vías.
No pueden leer las palabras irregulares → errores de regularización (darle a cada letra un sonido).	No pueden leer las pseudopalabras, ni palabras desconocidas (no realizan la conversión grafema-fonema).	No puede leer pseudopalabras.
Confusión de homófonos → acceso al léxico guiado por el sonido y no por la ortografía. Ejemplo: "vaca" por "baca", "ola" por "hola".	Errores visuales en las pseudopalabras que se parecen a las palabras (lexicalizaciones). Errores en la lectura de palabras parecidas. Ejemplo: "firme" por "forma".	Tienen dificultad para acceder al significado. Tienen errores visuales y derivativos.
Errores de omisión, adición o sustitución de letras.	Errores morfológicos o derivativos en los que mantienen la raíz, pero cambian el sufijo. Ejemplo: "andaba" por "andar", "salíamos" por "salido".	Dificultad en las palabras abstractas, verbos y palabras función (palabras sin contenido, sin significado).
	Errores en "palabras funcionales" (palabras sin significado), más que en "palabras de contenido".	Errores semánticos o paralexias. Ejemplo: "asno" por "burro", "feliz" por "navidad".

Tabla 13. Resumen de las características de las distintas dislexias.

- Modelo de Luria.

Se basa en el concepto de Luria de "sistemas funcionales" (estructura compleja compuesta por distintas partes que actúan conjuntamente).

Establece una clasificación en función del método de funcionamiento lector alterado:

• **Disléxico secuencial.**

Falla en el procesamiento secuencial, lo que produce problemas en la integración de los sonidos que forman las palabras como omisiones, sustituciones, intrusiones... Relacionada con regiones cerebrales fronto-temporales.

• **Disléxico simultáneo.**

Déficit en el procesamiento simultáneo, por lo que no pueden llegar a entender la palabra completa, sino que la deletrean. Relacionado con regiones cerebrales parieto-occipitales.

• **Disléxico mixto.**

Ambas deficiencias.

(Ver tablas 11, 12 y 13 en la página anterior)

Modelo conductual

Toro, Cervera y Urio defienden que la lectura y la escritura son procesos aprendidos y por lo tanto las letras y las palabras son estímulos discriminativos ante los que aprendemos a dar una respuesta.

El aprendizaje del lenguaje escrito se basa en el oral, por lo que la existencia de problemas en el lenguaje oral llevaría a problemas en el lenguaje escrito.

El aprendizaje de la lectura se basa en una serie de habilidades:

- **Decodificación.**

Conversión grafema-fonema. Aprender a asociar cada letra con un sonido, para después aprender a asociar un grupo de sonidos para formar sílabas y después palabras.

- **Fluidez y entonación.**

La fluidez es la facilidad para leer. Se apoya en la decodificación. La práctica mejora la decodificación y por tanto la fluidez y la rapidez de la lectura.

Con la práctica también se consigue que no sea necesaria una decodificación letra a letra, sino que se realice una lectura por rasgos, una lectura más general que también hace que mejore la fluidez y la rapidez.

La entonación se refiere al ajuste del tono de voz al texto, utilizando la acentuación, las pausas y los signos gráficos que aparezcan en el mismo.

- **Comprensión.**

Para comprender un texto es necesario utilizar el razonamiento, la atención, la memoria y ciertas capacidades lingüísticas (fluidez, entonación, vocabulario y conocimientos morfosintácticos).

El aprendizaje de estas habilidades es largo y puede afectarse por múltiples variables como déficits intelectuales, visuales, atencionales, lingüísticos... o factores ambientales como una enseñanza deficiente o incorrecta.

Por tanto cada modelo propone diferentes clasificaciones de la dislexia.

Evaluación

En la evaluación de la lectura es importante tener en cuenta la edad del niño, el nivel de escolarización y el nivel de inteligencia del niño para determinar si existe una discrepancia significativa entre lo esperado y el rendimiento que obtenemos en el niño (PIR04, 200).

Hay que comprobar el nivel de decodificación lectora, así como la fluidez y la entonación, pero también es importante comprobar la comprensión lectora.

Como en castellano no existen palabras irregulares, la lectura de pseudopalabras se convierte en la tarea fundamental para detectar los problemas en la decodificación lectora.

Dentro de la **evaluación neuropsicológica** hay que evaluar las áreas detalladas en la **tabla 14 (ver en la página siguiente)**.

La **evaluación psicolingüística** se basa en la presentación al sujeto de distintas palabras para que realice con ellas distintas tareas:

- Tareas de vocalización.
- Tareas de decisión léxica.
- Tareas de decisión semántica.
- Tareas de procesamiento visual.

Tratamiento

(Para mayor información, consultar el Manual APIR de Tratamientos Psicológicos)

5.4. Trastorno del aprendizaje de la expresión escrita (DSM-IV-TR)

Introducción

En 1937, **Orton** describe dos tipos de trastornos: uno consistente en una escritura muy lenta y otro consistente en una escritura incorrecta.

En 1965, **Myklebust** realiza una descripción más detallada y opina que ese trastorno va siempre acompañado de trastorno en la lectura. Describe tres tipos de trastornos: disgrafía, trastorno del lenguaje y problemas en escritura por errores de gramática y sintaxis.

Este trastorno ha recibido nombres como agrafía, disgrafía, disortografía, cacografía y por último trastorno del lenguaje escrito.

Criterios diagnósticos

TRASTORNO DEL APRENDIZAJE DE LA EXPRESIÓN ESCRITA (DSM-IV-TR) (PIR)

- A. Las habilidades para escribir, evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente (o evaluaciones funcionales de la capacidad para escribir), se sitúan por debajo de lo esperado para la edad, CI y escolarización.
- B. El trastorno del criterio A interfiere significativamente en el rendimiento académico o actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de textos escritos (p. ej., escribir frases gramaticalmente correctos y párrafos organizados).
- C. Si hay déficit sensorial, las dificultades exceden a las habituales para él.

Tabla 15. Trastorno del aprendizaje de la expresión escrita (DSM-IV-TR).

La **CIE-10** incluye el trastorno de la expresión escrita bajo el diagnóstico **Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar**.

PRUEBAS ESPECÍFICAS

LECTURA	<ul style="list-style-type: none"> - TALE. Test de Análisis de Lecto-Escritura. Toro y Cervera. Evalúa las características esenciales del aprendizaje de la lectura y escritura. - EMLE TALE 2000. Escalas Magallanes de lectura y escritura. Toro, Cervera y Urio. Para todos los grupos de primaria y secundaria. - PROLEC-R. Batería de evaluación de los procesos lectores revisada. Cuetos, Rodríguez, Ruano y Arribas. Evalúa la lectura de letras, palabras, pseudopalabras, procesos sintácticos y semánticos. - PROESC. Batería de evaluación de los procesos escritores. Cueto, Ramos y Ruano. Evaluación de los procesos de escritura. - EDIL-1. Exploración de las dificultades individuales de lectura. González Portal. Evaluación de la exactitud, comprensión y velocidad de la lectura. - ECL. Evaluación de la comprensión lectora. De la Cruz. Apreciación del nivel de comprensión lectora de 1.º a 5.º de primaria.
PERCEPCIÓN VISUAL	- Test gestáltico visomotor de Bender.
COMPRESIÓN / RECEPCIÓN DEL LENGUAJE	- Test de detección de afasia de Boston, Goddglass y Kaplan.
FUNCIONAMIENTO COGNITIVO	<ul style="list-style-type: none"> - WISC-R. - Escalas Raven.
ESQUEMA CORPORAL Y DOMINANCIA LATERAL	<ul style="list-style-type: none"> - Pruebas de Piaget. - Pruebas de De la Cruz y Mazaira.

Tabla 14. Áreas y pruebas de evaluación de la dislexia.

La **CIE-10** realiza una clasificación diferente de los trastornos del aprendizaje escolar donde incluye entre otros:

- **Trastorno específico de la ortografía o disortografía.**

Déficit específico y significativo en el dominio de la ortografía, en ausencia de trastornos de lectura, problemas perceptivos y privación escolar (PIR01, 44).

Afecta a la capacidad de deletrear palabras en voz alta y de escribirlas. Los sujetos que solo presentan problemas a la hora de escribir no estarían incluidos en este trastorno.

- **Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.**

Incluye el trastorno del desarrollo de la expresión escrita o disgrafía: se refiere a los problemas en el trazado o grafía debido a problemas motores. Se refiere a una mala caligrafía. En este caso solo se darían problemas a la hora de escribir.

En castellano estos problemas no son tan evidentes como en la lengua inglesa, ya que el castellano es una lengua transparente, donde el deletreo es de menor importancia y estos diagnósticos se refieren solo a la escritura y las faltas de ortografía.

Epidemiología y curso

Difícil de precisar ya que siempre se acompaña de otros trastornos, se estima que se encuentra entre el 2-5%.

Es raro que se diagnostique antes de finalizar el primer curso. Es frecuente que el trastorno se manifieste durante el segundo curso.

Aunque es menos frecuente, puede observarse un trastorno de la expresión escrita en niños mayores o en adultos. Para estos casos no hay información sobre su pronóstico a largo plazo.

Diagnóstico diferencial

RETRASO MENTAL	Es habitual que aparezca un retraso en la escritura, pueden coexistir ambos diagnósticos.
VARIACIONES NORMALES DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO	La diferenciación puede resultar difícil, por ello se ha establecido como criterio el de las dos desviaciones típicas en pruebas de escritura.
ALTERACIONES SENSORIALES	Pueden coexistir con el trastorno, pero para realizar el diagnóstico de trastorno de la escritura, las alteraciones en la escritura deben ser primarias.

Tabla 16. Diagnóstico diferencial del Trastorno del aprendizaje de la escritura.

Etiología

Su etiología es desconocida. Se considera que está relacionada con el trastorno del aprendizaje de la lectura. Es posible que compartan los mismos déficits lingüísticos.

En el caso de los problemas de escritura también se ha utilizado el **modelo de la doble vía** utilizado para la lectura. La **vía léxica** se utilizaría para comparar la palabra escrita completa y recuperarla del almacén léxico y la **vía indirecta** se utilizaría para transformar los fonemas en grafemas.

De este modo se daría una **disgrafía fonológica** en la que se no podrían escribir pseudopalabras, pero sí palabras con significado. En el caso de darse una **disgrafía superficial**, no podrían escribir palabras irregulares, aunque sí regulares.

Desde el **modelo conductual** se considera que aún no se han aprendido las respuestas instrumentales necesarias para la escritura.

Evaluación

Para valorar la escritura se recurre a tras tipos de tareas:

- **Copia.**
Se necesita coordinar una serie de movimientos del brazo y de la mano, lo que implica haber desarrollado la coordinación motora gruesa y fina y el empleo de la coordinación visual. Mediante la reproducción de modelos gráficos el niño aprende una serie de comportamientos motrices básicos: **alógrafos**. La copia permite evaluar tanto la caligrafía como la calidad de la escritura.
- **Dictado.**
Implica la traducción de fonemas en grafemas. También sirve para valorar la caligrafía, aunque su objetivo principal suele consistir en valorar la ortografía y sus posibles errores.
- **Redacción o escritura espontánea.**
Implica procesos más complejos, porque supone la elaboración de un texto. Sirve para valorar la capacidad para pensar y para organizar las ideas y transcribirlas de forma adecuada.

Tratamiento

Anteriormente a la enseñanza de la escritura se debe atender a las habilidades necesarias para aprenderla. Podemos distinguir dos grupos de habilidades necesarias:

- No gráficas.
Coordinación y equilibrio del cuerpo, así como coordinación manual, desarrollo adecuado del esquema corporal y lateralidad. Es decir, psicomotricidad adecuada.
- Gráficas.
Capacidades relacionadas con la escritura y el dibujo. Conseguir un manejo adecuado de los lápices, así como una postura adecuada de la mano.

Todo esto se consigue a través del trabajo de las dificultades del niño, desde la psicomotricidad más general hasta los movimientos de la mano más específicos para la escritura y la corrección de los errores así como la mejora de la coordinación mano-ojo.

5.5. Trastorno del aprendizaje del cálculo (DSM-IV-TR)

Criterios diagnósticos

Ha recibido otros nombres como **acalculia, discalculia, incapacidad matemática específica y síndrome de Gerstmann**. Sin embargo, el Síndrome de Gerstmann es un trastorno más complejo.

TRASTORNO DEL APRENDIZAJE DEL CÁLCULO (DSM-IV-TR) (PIR)

- A. La capacidad para el cálculo, evaluada mediante pruebas normalizadas administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado para su edad, CI y escolaridad.
- B. El trastorno del criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o actividades de la vida cotidiana que requieren la capacidad para el cálculo.
- C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades exceden a los habituales para él.

Tabla 17. Trastorno del aprendizaje del cálculo (DSM-IV-TR).

La CIE lo llama **Trastorno específico del aprendizaje de la aritmética**: la alteración no se explica por un retraso mental, pobre escolarización, déficits funcionales visuales, auditivos o neurológicos, ni como consecuencia de un trastorno neurológico, psiquiátrico o de otro tipo adquirido (PIR01, 43). La capacidad de lecto-escritura y el cociente intelectual deben ser normales.

Las capacidades perceptivas, auditivas y verbales suelen ser normales, mientras que las capacidades **visoespacial y visoperceptiva** suelen estar afectadas (PIR97, 213).

Hay dificultades en la comprensión de conceptos básicos, de las operaciones aritméticas, de los términos o signos matemáticos, de los símbolos numéricos, en el manejo de reglas aritméticas o comprensión de los números, en la alineación de los números o para insertar decimales y mala organización espacial o dificultad para aprender las tablas de multiplicar.

Epidemiología y curso

Se considera que el 20% de los diagnósticos de trastornos de aprendizaje corresponden a trastornos del aprendizaje del cálculo. Algunos autores lo sitúan en torno al 2% de los escolares.

No suele diagnosticarse antes del primer curso de enseñanza que es cuando comienzan las operaciones aritméticas formales, pero pueden verse signos antes.

Diagnóstico diferencial

RETRASO MENTAL	Es habitual que aparezca un retraso en el cálculo, pueden coexistir ambos diagnósticos.
VARIACIONES NORMALES DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO	La diferenciación puede resultar difícil, por ello se ha establecido como criterio el de las dos desviaciones típicas en pruebas de cálculo.
ALTERACIONES SENSORIALES	Pueden coexistir con el trastorno, pero para realizar el diagnóstico de trastorno del aprendizaje del cálculo, las alteraciones en cálculo deben ser primarias.

Tabla 18. Diagnóstico diferencial del Trastorno de aprendizaje del cálculo.

Etiología

Existen diversas hipótesis, que implican distintas variables cognitivas. Estas alteraciones se han relacionado con el hemisferio derecho. Algunos autores sugieren un déficit en el procesamiento visoespacial, en habilidades secuenciales y habilidades de memoria.

5.6. Trastorno específico del aprendizaje (DSM 5)

Como hemos comentado, el DSM 5 recoge un único diagnóstico: el Trastorno Específico del Aprendizaje.

Incluye un especificador de gravedad y un especificador para codificar el contenido de las dificultades detectadas, distinguiendo las tres posibilidades propuestas por el DSM-IV-TR: con dificultades en la lectura, con dificultades en la expresión escrita y con dificultades en el cálculo.

Los criterios diagnósticos que propone el DSM 5 quedan recogidos en la **tabla 19 (ver en la página siguiente)**.

TRASTORNO ESPECÍFICO DEL APRENDIZAJE (DSM 5)

- A. Dificultad en el aprendizaje y en la utilización de las aptitudes académicas, evidenciado por la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas que han persistido por lo menos durante 6 meses, a pesar de intervenciones dirigidas a estas dificultades:
 1. Lectura de palabras imprecisa o lenta y con esfuerzo (p. ej., lee palabras sueltas en voz alta incorrectamente o con lentitud y vacilación, con frecuencia adivina palabras, dificultad para expresar bien las palabras).
 2. Dificultad para comprender el significado de lo que lee (p. ej., puede leer un texto con precisión pero no comprende la oración, las relaciones, las inferencias o el sentido profundo de lo que lee).
 3. Dificultades ortográficas (p. ej., puede añadir, omitir o sustituir vocales o consonantes).
 4. Dificultades con la expresión escrita (p. ej., hace múltiples errores gramaticales o de puntuación en un oración; organiza mal el párrafo; la expresión escrita de ideas no es clara).
 5. Dificultades para dominar el sentido numérico, los datos numéricos o el cálculo (p. ej., comprende mal los números, su magnitud y sus relaciones; cuenta con los dedos para sumar números o de un solo dígito en lugar de recordar la operación matemática como hacen sus iguales; se pierde en el cálculo aritmético y puede intercambiar los procedimientos).
 6. Dificultades con el razonamiento matemático (p. ej., tiene gran dificultad para aplicar los conceptos, hechos u operaciones matemáticas para resolver problemas cuantitativos).
- B. Las aptitudes académicas afectadas están sustancialmente y en grado cuantificable por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo, e interfieren significativamente con el rendimiento académico o laboral, o con actividades de la vida cotidiana, que se confirman con medidas (pruebas) estandarizadas administradas individualmente y una evaluación clínica integral. En individuos de 17 y más años, la historia documentada de las dificultades del aprendizaje se puede sustituir por la evaluación estandarizada.
- C. Las dificultades de aprendizaje comienzan en la edad escolar pero pueden no manifestarse totalmente hasta que las demandas de las aptitudes académicas superan las capacidades limitadas del individuo (p. ej., en exámenes programados, la lectura o escritura de informes complejos y largos para una fecha límite inaplazable, tareas académicas excesivamente pesadas).
- D. Las dificultades de aprendizaje no se explican mejor por discapacidades intelectuales, trastornos visuales o auditivos no corregidos, otros trastornos mentales o neurológicos, adversidad psicosocial, falta de dominio en el lenguaje de instrucción académica o directrices educativas inadecuadas.

Nota: se han de cumplir los cuatro criterios diagnósticos basándose en una síntesis clínica de la historia del individuo (del desarrollo, médica, familiar, educativa), informes escolares y evaluación psicoeducativa.

Especificar si:

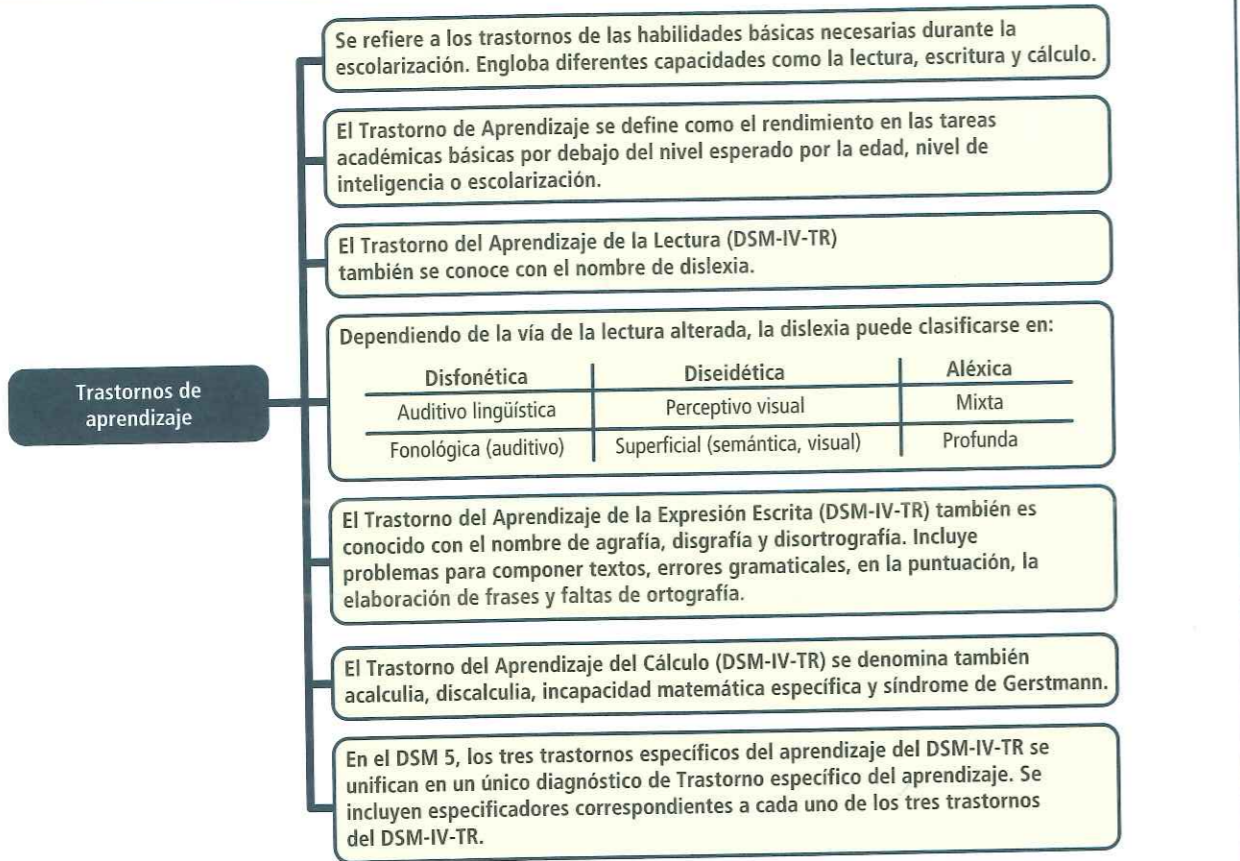
- **Con dificultades en la lectura:** precisión en la lectura de palabras, velocidad o fluidez de la lectura y comprensión de la lectura.
- **Con dificultad en la expresión escrita:** corrección ortográfica, corrección gramatical y de la puntuación, y claridad u organización de la expresión escrita.
- **Con dificultad matemática:** sentido de los números, memorización de operaciones aritméticas, cálculo correcto o fluido, y razonamiento matemático correcto.

Especificar la gravedad actual:

- **Leve:** algunas dificultades con las aptitudes de aprendizaje en uno o dos áreas académicas, pero suficientemente leves para que el individuo pueda compensarlas o funcionar bien cuando recibe una adaptación adecuada o servicios de ayuda, especialmente durante la edad escolar.
- **Moderado:** dificultades notables con las aptitudes de aprendizaje en una o más áreas académicas, de manera que el individuo tiene pocas probabilidades de llegar a ser competente sin algunos periodos de enseñanza intensiva y especializada durante la edad escolar. Se puede necesitar alguna adaptación o servicios de ayuda al menos durante una parte del horario en la escuela, en el lugar de trabajo o en casa para realizar las actividades de forma correcta y eficaz.
- **Grave:** dificultades graves en las aptitudes de aprendizaje que afectan varias áreas académicas, de manera que el individuo tiene pocas probabilidades de aprender esas aptitudes sin enseñanza constante e intensiva individualizada y especializada durante la mayor parte de los años escolares. Incluso con diversos métodos de adaptación y servicios adecuados en casa, en la escuela o en el lugar de trabajo, el individuo puede no ser capaz de realizar con eficacia todas las actividades.

Tabla 19. Trastorno específico del aprendizaje (DSM 5).

Resumen de los puntos principales



TEMA 6 TRASTORNOS MOTORES (DSM 5)

6.1. Hacia los trastornos motores del DSM 5

El DSM-IV-TR recoge dos grupos de trastornos relacionados con el componente motor:

- Los Trastornos de las habilidades y hábitos motores.
- Los Trastornos por Tics.

Además, en el apartado de Otros trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, incluye en diagnóstico de Trastornos de movimientos estereotipados.

Por su parte, el DSM 5 reúne todos los trastornos relacionados con el componente motor en una única categoría de Trastornos Motores.

En la siguiente tabla podemos ver de forma más esquemática los diagnósticos contemplados por el DSM-IV-TR y su ubicación, y cómo quedan reunificados en el DSM 5.

DSM-IV-TR EN TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	DSM 5 EN TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO
TRASTORNOS DE LAS HABILIDADES Y HÁBITOS MOTORES - Trastorno del desarrollo de la coordinación. TRASTORNOS POR TICS - Trastorno de Tourette. - Trastorno de tics motores o vocales crónicos. - Trastorno de tics transitorios. - Trastorno de tics no especificado. OTROS TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA - Trastorno de movimientos estereotipados.	TRASTORNOS MOTORES - Trastorno del desarrollo de la coordinación. - Trastorno de movimientos estereotipados. - Trastorno de Guilles de la Tourette. - Trastorno de tics motores o vocales persistente. - Trastorno de tics transitorio. - Otro trastorno de tics especificado. - Trastorno de tics no especificado.

Tabla 1. Comparativa DSM-IV-TR vs. DSM 5.

Los principales cambios que aporta el DSM 5, los encontramos resumidos en la siguiente tabla:

PRINCIPALES CAMBIOS DSM 5
- Los Trastornos de las habilidades y hábitos motores y los Trastornos por tics del DSM-IV-TR se unifican en una sola categoría: los Trastornos motores. - Dentro de los Trastornos motores se incluye también el Trastorno de movimientos estereotipados, que aparecía en Otros trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia en el DSM-IV-TR. - Los criterios diagnósticos de los distintos trastornos apenas sufren cambios, salvo en los Trastornos de tics, en los que desaparece el criterio de malestar significativo.

Tabla 2. Principales cambios DSM 5.

6.2. Trastorno del desarrollo de la coordinación (dispraxia)

Introducción

El DSM-IV-TR y el DSM 5 lo denominan **Trastorno del desarrollo de la coordinación**, mientras que la CIE-10 lo denomina **Trastorno específico del desarrollo motor**.

A lo largo de la historia ha recibido múltiples nombres como torpeza congénita, síndrome psicomotor, apraxia del desarrollo, dispraxia constructiva del desarrollo y síndrome del niño torpe.

En 1907 Dupré describe la debilidad motriz como la presencia de una torpeza en la motilidad voluntaria, sincinesias y paratonía.

Dispraxia infantil: falta de organización del movimiento que produce dificultades en la organización del esquema corporal y en la representación temporoespacial. Falta de coordinación para realizar secuencias gestuales o rítmicas. Da lugar a que el niño no sea capaz de llevar a cabo pequeñas acciones como atarse los cordones o montar en bici.

Criterios diagnósticos

Recordemos que el DSM-IV-TR incluía este diagnóstico en el apartado de Trastornos de las habilidades y los hábitos motores, dentro del capítulo de Trastornos de Inicio en la Infancia y la Adolescencia; mientras que el DSM 5 lo incluye en el apartado general de Trastornos Motores, dentro del capítulo de Trastornos del Neurodesarrollo.

Aparte de este cambio de ubicación, los criterios diagnósticos no sufren variaciones, salvo que se incluye explícitamente como criterio diagnóstico en el DSM 5, el hecho de que el inicio de la alteración debe producirse en etapas tempranas del desarrollo (Criterio C).

TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN (DSM-IV-TR) (PIR01, 45)
<p>A. El rendimiento en las actividades cotidianas que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado dada la edad cronológica del sujeto y su coeficiente de inteligencia. Puede manifestarse por retrasos significativos en la adquisición de hitos motores (p.ej. caminar, gatear, sentarse), caérsele los objetos de las manos, "torpeza", mal rendimiento en deportes o caligrafía deficiente.</p> <p>B. El trastorno del criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana.</p> <p>C. El trastorno no se debe a una enfermedad médica y no cumple los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.</p> <p>D. Si hay retraso mental, las deficiencias motoras exceden de las asociadas habitualmente a él.</p>

Tabla 3. Trastorno del desarrollo de la coordinación (DSM-IV-TR).

(Ver tabla 4 en la página siguiente)

TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN (DSM 5)

- A. La adquisición y ejecución de habilidades motoras coordinadas está muy por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo y la oportunidad de aprendizaje y el uso de las aptitudes. Las dificultades se manifiestan como torpeza (p. ej., dejar caer o chocar con objetos) así como lentitud e imprecisión en la realización de habilidades motoras (p. ej., coger un objeto, utilizar las tijeras o los cubiertos, escribir a mano, montar en bicicleta o participar en deportes).
- B. El déficit de actividades motoras del Criterio A interfiere de forma significativa y persistente con las actividades de la vida cotidiana apropiadas para la edad cronológica (p. ej., el cuidado y mantenimiento de uno mismo) y afecta a la productividad académica/ escolar, las actividades prevocacionales y vocacionales, el ocio y el juego.
- C. Los síntomas comienzan en las primeras fases del periodo de desarrollo.
- D. Las deficiencias de las habilidades motoras no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o deterioros visuales, y no se pueden atribuir a una afección neurológica que altera el movimiento (p. ej., parálisis cerebral, distrofia muscular, trastorno degenerativo).

Tabla 4. Trastorno del desarrollo de la coordinación (DSM 5).

La CIE-10 lo describe como un retraso en la coordinación de movimientos que no se puede explicar con un retraso intelectual o por un trastorno neurológico específico congénito o adquirido. Es frecuente que la torpeza motora se acompañe de un cierto grado de deficiencia en la realización de tareas visoespaciales.

Además propone que el punto de corte para el diagnóstico de este trastorno se sitúe en dos desviaciones típicas por debajo del nivel esperado de coordinación fina o grosera, evaluado mediante tests estandarizados.

El trastorno suele asociarse con otros trastornos del desarrollo (trastorno de la comunicación), y con un déficit en la resolución de tareas cognitivas visoespaciales.

Pueden desencadenarse a raíz de ese problema, dificultades en la relación con los compañeros, baja autoestima, sentimientos depresivos, aislamiento social y frustración.

Acompañando a los déficits motores pueden aparecer alteraciones en el lenguaje, sobretodo en la pronunciación.

Los problemas pueden afectar a los movimientos finos, a los gruesos o a ambos. Al niño se le suelen caer las cosas de las manos, tiene tendencia a tropezar o a chocar y escribe con mala letra.

En este trastorno es frecuente observar problemas de madurez neurológica, pudiendo aparecer movimientos coreicos, discinesias, movimientos en espejo u otros que sugieren problemas en la coordinación. Suelen llamarse **signos neurológicos menores** (*soft signs*), son frecuentes en niños más pequeños y tienen poco valor de cara a la localización de una lesión. Independientemente de que las respuestas reflejas estén aumentadas o disminuidas, lo estarán de forma bilateral, no de manera asimétrica.

Epidemiología y curso

Su prevalencia se estima en torno a un 6% de los niños de entre 5 y 11 años.

Parece que afecta más a los varones que a las mujeres 2:1.

Su curso suele ser muy variable, pudiendo mantenerse durante la adolescencia y la vida adulta.

Parece darse una relación entre una mayor capacidad intelectual (C.I.) y un mejor pronóstico.

Diagnóstico diferencial

TRASTORNO MOTOR DEBIDO A ENFERMEDAD NEUROLÓGICA ESPECÍFICA	Existe una lesión neurológica definida y exploración neurológica anormal.
RETRASO MENTAL	En el trastorno de coordinación, la alteración se restringe al ámbito motor.
TGD	Las personas diagnosticadas de TGD presentan alteraciones en muchas actividades.
TDAH	Estos niños se caen y chocan, pero se debe más a la falta de atención y a la impulsividad que a una "torpeza" del niño.

Tabla 5. Diagnóstico diferencial del Trastorno del desarrollo de la coordinación.

Etiología

Su etiología es aún desconocida.

Entre las hipótesis que se manejan se incluyen problemas perinatales (hipoxia), malnutrición, problemas en el establecimiento de la dominancia cerebral, retraso de la maduración cerebral, anomalías bioquímicas cerebrales o problemas en la integración de la información sensorial.

6.3. Trastorno de movimientos estereotipados

En el DSM-IV-TR y el DSM 5, se denomina **Trastorno de movimientos estereotipados** mientras que, en la CIE-10, aparece bajo la denominación de **Trastorno de estereotipias motrices**.

El DSM-IV-TR incluía este diagnóstico en el apartado de Otros Trastornos de Inicio en la Infancia y la Adolescencia.

En el DSM 5, los criterios diagnósticos apenas cambian en lo esencial, con respecto al DSM-IV-TR: se incluye explícitamente el hecho de que el inicio de la alteración debe producirse en etapas tempranas del desarrollo (Criterio C) y se añaden especificadores.

TRASTORNO DE MOVIMIENTO ESTEREOTIPADOS (DSM-IV-TR) (PIR15, 55; PIR)

- A. Comportamiento motor repetitivo voluntario, impulsivo y no funcional.
- B. El comportamiento interfiere las actividades normales o da lugar a lesiones corporales autoinflingidas que requieren tratamiento médico.
- C. Si hay retraso mental el comportamiento estereotipado es de gravedad suficiente como para requerir atención terapéutica.
- D. No se debe a una compulsión, un tic, una estereotipia que forma parte de un TGD o una tracción del cabello (como en la tricotilomanía).
- E. No se debe a una enfermedad médica ni a los efectos de una sustancia.
- F. Los síntomas persisten al menos durante 4 semanas.

Tabla 6. Trastorno de movimiento estereotipados (DSM-IV-TR).

TRASTORNO DE MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS (DSM 5)

- A. Comportamiento motor repetitivo, aparentemente guiado y sin objetivo (p. ej., sacudir o agitar las manos, mecer el cuerpo, golpearse la cabeza, morderse, golpearse el propio cuerpo).
- B. El comportamiento motor repetitivo interfiere en las actividades sociales, académicas u otras y puede dar lugar a la autolesión.
- C. Comienza en las primeras fases del periodo de desarrollo.
- D. El comportamiento motor repetitivo no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o una afección neurológica y no se explica mejor por otro trastorno del desarrollo neurológico o mental (p. ej., tricotilomanía, trastorno obsesivo-compulsivo).

Especificar si:

- Con comportamiento autolesivo (o comportamiento que derivaría en lesión si no se emplearan medidas preventivas).
- Sin comportamiento autolesivo.

Especificar si:

- Asociado a una afección médica o genética, un trastorno del desarrollo neurológico o un factor ambiental conocidos (p. ej., síndrome de Lesch-Nyhan, discapacidad intelectual, exposición intrauterina al alcohol).

Especificar la gravedad actual:

- Leve: los síntomas desaparecen fácilmente mediante estímulo sensorial o distracción.
- Moderado: los síntomas requieren medidas de protección explícitas y modificación del comportamiento.
- Grave: se necesita vigilancia continua y medidas de protección para prevenir lesiones graves.

Tabla 7. Trastorno de movimientos estereotipados (DSM 5).

RETRASO MENTAL	Solo se hacen los dos diagnósticos si las estereotipias son lo suficientemente graves como para requerir un tratamiento específico.
TOC	Las compulsiones son más complejas y ritualistas y se hacen en relación a una idea obsesiva.
TICS MOTORES COMPLEJOS	Los movimientos estereotipados parecen ser más motivados e intencionados; los tics parecen tener un carácter más involuntario y no rítmico.
AUTOMUTILACIÓN	En cuadro psicóticos y trastornos de la personalidad. En estos casos la conducta es premeditada, compleja, esporádica y con significado dentro del contexto del sujeto y su patología.

Tabla 8. Diagnóstico diferencial del Trastorno de movimientos estereotipados.

(Ver tablas 6 y 7)

Las estereotipias pueden consistir en cabezazos, morderse, balanceos, movimientos de manos, golpes con los dedos, golpear partes del cuerpo, rascarse la piel, frotarse los ojos...

Pueden asociarse a retraso mental o a limitaciones sensoriales (ceguera o sordera), en cuyo caso pueden tener un carácter estimulante. En algunas enfermedades orgánicas (como en el síndrome de Lange o en el de Lesch-Nyhan) pueden aparecer en forma de autolesiones.

Epidemiología y curso

Se tiene muy poca información sobre su prevalencia. El comportamiento autolesivo se sitúa entre el 2-3% de los niños y adolescentes con retraso mental y en el 25% de adultos con retraso institucionalizados.

No tiene un patrón de inicio fijo. Puede comenzar tras un acontecimiento estresante y su curso puede variar dependiendo de la posible etiología.

Suelen ser más frecuentes en la adolescencia y descender poco a poco.

El trastorno puede dificultar la adquisición de otras habilidades provocar rechazo social.

Diagnóstico diferencial
(Ver tabla 8 en la página anterior)

6.4. Trastornos por tics

Introducción

Los **tics** son vocalizaciones o movimientos (que generalmente afecta a un grupo determinado de músculos) **involuntarios**, súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos, estereotipados, espasmódicos y que aparentemente no persigue ningún propósito (PIR96, 187; PIR04, 173). La **estereotipia** en cambio es rítmica y voluntaria.

Suelen experimentarse como incontrolables. Pueden ser reprimidos durante un tiempo, pero esto suele causar un aumento de la inquietud y de la tensión hasta se lleva a cabo de nuevo, y entonces aparece con más intensidad y frecuencia.

En muchos casos el sujeto siente una molestia o un impulso que se alivia con el tic, aunque no por ello se puede considerar un movimiento voluntario, sino que es automático.

Los tics pueden exacerbarse ante situaciones de tensión emocional, ansiedad, enfado, fatiga, en presencia de conocidos o cuando sí se anticipa algo agradable. También puede aumentar su frecuencia por la tarde.

Por otro lado, pueden atenuarse cuando el sujeto está implicado en una tarea atencional o en presencia de extraños, por la mañana, en el verano y durante el periodo de sueño.

Para poder hacer el diagnóstico los tics deben ser recurrentes durante el día, apareciendo día tras día o de forma intermitente.

Clasificaciones de los Tics

Según su complejidad (ver tabla 9)

- Tics simples.

Movimientos repentinos y generalmente breves que afectan a un grupo muscular o a escasos grupos musculares. Los tics motores simples muy breves se denominan **clónicos**; a los que mantienen la postura durante un periodo de tiempo se denominan **distónicos**.

	MOTORES	VOCALES
SIMPLES	Parpadear Realizar muecas faciales Arrugar la nariz Levantar los hombros Torcer el cuello	Aclarar la garganta Olisquear Soplar Gorjear Silbar
COMPLEJOS	Olisquear repetidamente un objeto Tocar Gesticular con las manos Girar sobre sí mismo al caminar Pisar fuertemente contra el suelo Saltar Dar pasos hacia atrás Doblar las rodillas	Cambiar súbitamente y sin sentido el tono y volumen del habla Palilalia Ecolalia Coprolalia

Tabla 9. Clasificación de los tics según su complejidad.

- Tics complejos.

Movimientos repentinos de mayor duración y más elaborados. Afectan a varios grupos musculares coordinados. Aquí se incluirían la ecolalia (repetición de una palabra o frase que acaba de pronunciar otra persona, a modo de eco), la coprolalia (decir palabras obscenas) y la palilalia (repetición de sílabas, palabras o frases), la copropraxia (realizar gestos obscenos) y la ecopraxia (imitar los movimientos de otra persona).

Según su localización

- Motores.

Implican a algún grupo muscular distinto de la garganta.

- Vocales.

Implican la garganta y el aparato fonatorio.

Otros tipos

- Tics sensoriales.

Sensaciones involuntarias y recurrentes en las articulaciones, huesos, músculos o de otras partes del cuerpo. Se expresan en forma de pesadez, ligereza, cosquilleo, frío o calor y son vividas como molestas.

- Tics cognitivos.

Fenómenos mentales repetitivos como pensamientos de contenido afectivo neutral, juegos mentales (como contar) o pensamientos agresivos (que no provocan miedo).

Criterios diagnósticos

El **DSM-IV-TR** recogía un apartado, dentro de los Trastornos de Inicio en la Infancia y la Adolescencia, llamado Trastornos por Tics, en el que se incluían los siguientes diagnósticos:

- Trastorno de Tourette.
- Trastorno de tics motores o vocales crónicos.
- Trastorno de tics transitorios.
- Trastorno de tics no especificado.

El **DSM 5** mantiene estos mismos diagnósticos, pero los incluye en el apartado genérico de Trastornos Motores.

Como novedades, el DSM 5:

- Elimina el criterio de malestar o deterioro significativo de la actividad (Criterio C) que incluía el DSM-IV-TR.
- En el Trastorno de Tics Motores o Vocales Persistente, incluye como criterio diagnóstico el hecho de que nunca se hayan cumplido los criterios para el Trastorno de la Tourette e incluye un especificador para el tipo de tics presentes (solo motores o solo vocales).

- En el Trastorno de Tics Transitorio se elimina el criterio de temporalidad mínima de 4 semanas, estableciendo como único criterio temporal el que la alteración dure menos de 12 meses.

Por su similitud, recogeremos en un único cuadro los criterios diagnósticos de los tres trastornos por tics específicos recogidos en el DSM-IV-TR y en el DSM 5 (ver tablas 10 y 11).

TRASTORNOS POR TICS (DSM-IV-TR) (PIR)

Trastorno de la Tourette:

- A. En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics motores y 1 o más tics vocales, aunque no necesariamente de modo simultáneo.
- B. Los tics aparecen **varias veces al día**, casi cada día o intermitentemente a lo largo de un periodo de **al menos 1 año** y, durante este tiempo, nunca ha habido un periodo libre de síntomas superior a 3 meses consecutivos.
- C. El trastorno provoca un **notable malestar o deterioro significativo** social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del individuo.
- D. El inicio es **anterior a los 18 años** de edad.
- E. La alteración no se debe a efectos fisiológicos directos de un fármaco o de una enfermedad.

Trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico):

- A. En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics vocales o motores simples, pero no ambos.
- B. Los tics aparecen **varias veces al día**, casi cada día o intermitentemente a lo largo de un periodo de **al menos 1 año** y, durante este tiempo, nunca ha habido un periodo libre de síntomas superior a 3 meses consecutivos.
- C. El trastorno provoca un **notable malestar o deterioro significativo** social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del individuo.
- D. El inicio es **anterior a los 18 años** de edad.
- E. La alteración no se debe a efectos fisiológicos directos de un fármaco o de una enfermedad.

Trastorno de tics transitorio:

- A. En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics motores y/o vocales, simples o múltiples.
- B. Los tics aparecen **varias veces al día**, casi cada día o intermitentemente **por lo menos durante 4 semanas**, pero no durante 12 meses consecutivos.
- C. El trastorno provoca un **notable malestar o deterioro significativo** social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del individuo.
- D. El inicio es **anterior a los 18 años** de edad.
- E. La alteración no se debe a efectos fisiológicos directos de un fármaco o de una enfermedad.

Tabla 10. Trastornos por tics (DSM-IV-TR).

TRASTORNOS DE TICS (DSM 5)

Nota: un tic es una vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente, no rítmico.

Trastorno de la Tourette:

- A. Los tics motores múltiples y uno o más tics vocales han estado presentes en algún momento durante la enfermedad, aunque no necesariamente de forma concurrente.
- B. Los tics pueden aparecer intermitentemente en frecuencia pero persisten durante más de un año desde la aparición del primer tic.
- C. Comienza antes de los 18 años.
- D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) o a otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posviral).

Trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico):

- A. Los tics motores o vocales únicos o múltiples han estado presentes durante la enfermedad, pero no ambos a la vez.
- B. Los tics pueden aparecer intermitentemente en frecuencia pero persisten durante más de un año desde la aparición del primer tic.
- C. Comienza antes de los 18 años.
- D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) o a otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posviral).
- E. Nunca se han cumplido los criterios de trastorno de la Tourette.

Especificar si:

- Solo con tics motores.
- Solo con tics vocales.

Trastorno de tics transitorio:

- A. Tics motores y/o vocales únicos o múltiples.
- B. Los tics han estado presentes durante menos de un año desde la aparición del primer tic.
- C. Comienza antes de los 18 años.
- D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) o a otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posviral).
- E. Nunca se han cumplido los criterios de trastorno de la Tourette o de trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico).

Tabla 11. Trastornos de tics (DSM 5).

	TOURETTE	TICS CRÓNICOS	TICS TRANSITORIOS
TICS MOTORES/VOCALES	Tics motores y vocales	Tics motores o vocales	Tics motores y/o vocales
TIEMPO	Más de un año	Más de un año	Menos de un año

Tabla 12. Comparativa de tics en los distintos Trastornos por Tics (PIR).

Muy preguntados los criterios diagnósticos específicos del Guillies de la Tourette (PIR96, 180; PIR98, 106; PIR00, 164; PIR01, 57; PIR02, 93; PIR15, 61)

El DSM 5 incluye también el diagnóstico de Otro Trastorno de Tics Especificado, cuya aplicación se limita a las circunstancias resumidas en el siguiente tabla:

OTRO TRASTORNO DE TICS ESPECIFICADO (DSM 5)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de tics que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de un trastorno de tics o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico.

La categoría de otro trastorno de tics especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de tics o de un trastorno del desarrollo neurológico específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de tics especificado" y a continuación el motivo específico (p. ej., "inicio después de los 18 años").

Tabla 13. Otro trastorno de tics especificado (DSM 5).

Tanto el DSM-IV-TR como el DSM 5 incluyen una categoría residual de Trastorno de Tics No Especificado:

TRASTORNO DE TICS NO ESPECIFICADO (DSM 5)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de tics que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de un trastorno de tics o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico.

La categoría trastorno de tics no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de tics o de un trastorno específico del desarrollo neurológico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Tabla 14. Trastorno de tics no especificado (DSM 5).

Epidemiología

En general los tics afectan más a los varones que a las mujeres (4:1).

En la infancia se estima una prevalencia de entre el 10-20% de los niños.

La prevalencia estimada para el Trastorno de Tourette se sitúa entre el 0,04-0,05% y es mucho más frecuente en varones (8-9 a 1). Además presenta una levada comorbilidad con el Trastorno obsesivo-compulsivo (PIR03, 149; PIR04, 169).

La prevalencia de tics crónicos se sitúa en un 5% y para los transitorios entre el 4 y el 25%.

Según Comeche, el Síndrome de Tourette tiene una comorbilidad elevada con el TDAH (60%) y el TOC (50%). Si bien la comorbilidad con la presencia de síntomas obsesivos en general es muy elevada.

Curso

Por definición su inicio debe ser anterior a los 18 años y su comienzo puede darse a la temprana edad de los dos años, aunque lo habitual es que comience sobre los 7 años (PIR).

Suele comenzar con la aparición de un único tic que puede ir evolucionando a nuevas formas.

Los tics motores suelen comenzar antes que los vocales y a lo largo del tiempo pueden variar en sus parámetros, localización, número, frecuencia, intensidad o complejidad.

Pueden durar unas semanas o unos meses, aunque los tics transitorios no deben durar más de un año, a veces se experimentan secuencias de tics a lo largo de los años y entonces se denominan tics crónicos (si sólo son de un tipo: motores o vocales) o síndrome de Tourette (si aparecen ambos tipos: motores y vocales).

Suele disminuir en intensidad y gravedad en la adolescencia, pudiendo desaparecer por completo, otras veces en cambio, desaparece durante semanas o incluso años reapareciendo más tarde.

Diagnóstico Diferencial

Yates diferencia entre tics psicológicos y orgánicos (como los de la corea de Huntington):

- Desaparecen durante el sueño (PIR98, 123).
- Son reproducibles a voluntad por el individuo.
- Pueden inhibirse voluntariamente.
- No existen modificación de los reflejos.
- Etiología no orgánica.

El Trastorno de la Tourette presenta los tics más complejos, por ejemplo, coprolalia (PIR16, 060) frente al resto de trastornos por tics.

(Ver tabla 15 en la página siguiente)

ENFERMEDADES MÉDICAS	Huntington, ACV, enfermedad de Wilson, esclerosis múltiple, encefalitis postviral o traumatismos craneales.
EFFECTOS DIRECTOS DE SUSTANCIAS	Neurolépticos o sus efectos secundarios (acatisia, sensación de inquietud motora con imposibilidad de estar quieto) o intoxicaciones de anfetaminas.
MOVIMIENTOS COREIFORMES	Producidos por diversas enfermedades. Son involuntarios, no rítmicos, repentinos, rápidos, fortuitos, irregulares y no repetitivos (en corea de Huntington).
MOVIMIENTOS DISTÓNICOS	Movimientos giratorios más lentos y acompañados de una gran tensión muscular.
MOVIMIENTOS ATETÓSIOS	Movimientos involuntarios, continuos, no estereotipados, lentos, irregulares y de retorcimiento. Frecuentes en manos y pies, pueden implicar también al rostro y cuello.
MOVIMIENTOS MIOCLÓNICOS	Contracciones musculares breves, como sacudidas que pueden afectar a partes de músculos o grupos musculares, pero no de forma sinérgica.
MOVIMIENTOS HEMIBALÍSTICOS	Movimientos de las extremidades de carácter unilateral, intermitente, tosco y de gran amplitud.
ESPASMOS (PIR)	Contracciones involuntarias persistentes de un músculo o grupo muscular. Son más lentos, estereotipados y más prolongados que los tics.
SINCINESIAS (PIR12, 203)	Movimiento involuntario que acompaña a otro voluntario (p. ej., movimiento de la comisura bucal cuando se guiña un ojo).
MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS (PIR01, 84)	En TGD y en el trastorno por movimientos estereotipados. Son más motivados e intencionados que los tics y no producen malestar subjetivo. Además son rítmicos.
MANIERISMOS (PIR)	Movimientos peculiares que aumentan la expresividad de los gestos y la mímica, dando lugar a movimientos exagerados, grotescos y extravagantes que suelen aparecer en los cuadros psicóticos.
TEMBLORES (PIR)	Movimientos oscilatorios, involuntarios, rápidos, rítmicos, estereotipados que suelen durar bastante tiempo. Especialmente en las partes periféricas.
COMPULSIONES	Movimientos más complejos, predeterminados por la idea obsesiva subyacente. Suelen seguir una serie de reglas de forma estricta. Los tics suelen ser más sencillos.
IMPULSIONES	Actos complejos, repetitivos, estereotipados, que el sujeto tiene una necesidad interna de realizar y que califica como voluntarios y como no molestos y no van dirigidos a prevenir una amenaza futura.

Tabla 15. Diagnóstico diferencial con respecto a otros movimientos. Diagnóstico diferencial de los tics.

Etiología

Aún se desconoce la verdadera causa de los tics.

Golden (1978) sugirió que los distintos trastornos por tics representaban posiciones distintas dentro de un mismo continuo de patología. Para ello se apoya en la similitud entre las características de los distintos trastornos como son los síntomas iniciales, la edad de inicio, los ratios entre sexos, el curso o la respuesta al tratamiento.

Modelos biológicos

- Factores genéticos.

Defiende una predisposición genética cuya alteración afecta al sistema dopaminérgico como base del trastorno. Esta alteración genética se transmitiría de la misma manera que la enfermedad de Huntington.

Esta tesis se apoya en estudios de agregados familiares, el predominio de varones, la mayor prevalencia en personas de raza negra y un trastorno recesivo asociado al cromosoma X. El peso de la genética tiene un papel importante, pero no es ni necesario ni suficiente (puede haber individuos con el trastorno y no con la anomalía cromosómica).

- Alteraciones neurológicas.

Los tics se han relacionado con: una lesión en los ganglios basales, una alteración en su funcionamiento y una alteración en su interacción con la corteza. Actualmente no se han encontrado lesiones estructurales. También se ha señalado un exceso o una mayor sensibilidad de la dopamina a partir de la capacidad del haloperidol para suprimir los tics.

Modelos psicológicos

- Hipótesis psicoanalíticas.

• Ferenczi.

Los tics son fijaciones de la libido en diferentes órganos del cuerpo. Estos pueden aparecer tras acontecimientos traumáticos fijando en la memoria la actitud del cuerpo en el momento del trauma.

• Fenichel.

Los tics son fruto de un desplazamiento de los impulsos sexuales y hostiles en personas con personalidades fijadas en niveles pregenitales de desarrollo.

• Mahler y Rangell.

Los tics surgen del conflicto entre la gratificación de los impulsos y la defensa contra ellos.

- Modelos conductuales.

Yates (1970) definió dos modelos, uno basado en los primeros trabajos de Hull (modelo respondiente) y otro basado en la obra de Skinner (modelo operante).

• **Modelo respondiente.**

Los tics son respuestas condicionadas de evitación reductoras de impulso provocadas originalmente en una situación altamente traumática. El tic es un hábito aprendido con la máxima fuerza. Su extinción sería posible creando un hábito negativo o incompatible que hiciera imposible la realización del tic.

Con la práctica masiva el tic alcanzaría un punto crítico en el que el sujeto se vería obligado a "descansar", a no realizar el tic. Este hábito de no realizar el tic quedaría asociado a una reducción del impulso gracias a la disipación de la inhibición reactiva y sería reforzado. La práctica masiva establecería un hábito negativo.

• **Modelo operante.**

Los tics son respuestas aprendidas que se mantienen mediante reforzadores contingentes: contingencia internas y externas del organismo mediante retroalimentación.

Otros autores defienden la **función homeostática** del tic. Por un lado activan a personas relajadas y por otro relajan a personas estresadas.

Azrin y Nunn sostienen que el tic aparece como **reacción ante un trauma**.

También puede aparecer como **imitación** a otra persona que lo padece y que se integra poco a poco volviéndose inconsciente. Después aumenta su frecuencia y se convierte en un fuerte hábito automático fuera de la conciencia.

Evaluación

Es necesario realizar una evaluación neurológica para descartar posibles cuadros orgánicos.

Es importante explorar historia previa, antecedentes familiares, momento de aparición, evolución de los tics, etc.

Para ello, pueden utilizarse entrevistas, cuestionarios, autorregistros y observación sistemática.

Tratamiento

(Para mayor información, consultar el Manual APIR de Tratamientos Psicológicos)

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico es paliativo y presenta efectos secundarios.

Los **neurolepticos** son los fármacos más utilizados, especialmente en el tratamiento del Trastorno de Tourette (PIR07, 147). Actúan como antagonistas de la dopamina, reduciendo su actividad. El haloperidol y la pimocida son los más utilizados, aunque en dosis más bajas que en los trastornos psicóticos.

Otros medicamentos utilizados son el **clonazepam** (benzodiazepina), menos eficaz pero con menores efectos secundarios y la **clonidina** (antihipertensivo).

Para el **tratamiento de otros síntomas asociados**, como los rasgos obsesivos-compulsivos o la depresión se utiliza la fluoxetina (ISRS) o la clomipramina (antidepresivo tricíclico).

Tratamiento psicológico

- **Tratamiento psicodinámico.**

Consiste en realizar una psicoterapia que demuestre a los pacientes que sus impulsos instintivos son la causa de sus problemas.

- **Tratamiento conductual.**

El tratamiento no combinado con mejores resultados es el **Método de inversión del hábito** de Azrin y Nunn (1973) (PIR96, 188; PIR99, 144; PIR00, 143; PIR08, 136; PIR11, 177; PIR15, 93). También se ha empleado en otros hábitos como la tricotilomanía, la onicofagia o el tartamudeo.

Su elemento principal es la reacción de competencia: reforzar de forma diferencial respuestas incompatibles con la realización del hábito motor a eliminar (PIR16, 196).

En trastornos por tics se consiguen reducir en un 70-80% con un tratamiento de 2-4 meses. En Tourette su eficacia es del 50%.

El tratamiento puede realizarse de forma individual o en combinación con fármacos.

(Ver tabla 16)

Otras técnicas empleadas:

- **Práctica masiva.**

El sujeto tiene que realizar el tic de forma intencionada durante un tiempo prolongado (30-120 minutos). Se espera que produzca cansancio y un efecto inhibitorio contrario a la ejecución del tic, siendo reforzada la inhibición del tic por la disminución de la fatiga (PIR00, 148).

- **Práctica negativa.**

Modificación de la práctica masiva. Consiste en repetir el tic durante treinta segundos después de la ocurrencia del tic.

- **Tiempo fuera.**

Se consigue reducción de forma transitoria y no generalizada.

- **Técnicas de BF.**

EMG en zona del tic y del ritmo sensorial motor.

- **Exposición con prevención de respuesta.**

Eficacia similar a la inversión del hábito en Tourette (PIR14, 211).

FASES (PIR13, 99)	TÉCNICAS	OBJETIVOS
CONCIENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Describir la conducta problema. - Detectar la conducta problema. - Identificación temprana de signos que preceden a la conducta problema. - Entrenamiento en detección de situaciones relacionadas con la conducta problema. 	Favorecer la toma de conciencia y la detección temprana de los tics y hábitos nerviosos.
REACCIÓN DE COMPETENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en la ejecución de la respuesta competitiva y refuerzo de respuesta alternativa (PIR95, 106; PIR05, 155). <p>La reacción de competencia debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser incompatible con el tic o hábito nervioso. • Practicarse con naturalidad o sin llamar la atención. • Mantenerla durante 3 minutos aproximadamente. • Conseguir que no interfiera con las actividades normales de la persona. • Aumentar la conciencia de la ausencia de los tics mientras se realiza. 	Animar al sujeto a realizar la respuesta competitiva que reemplace a corto plazo.
MOTIVACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar de la inconveniencia del hábito. - Apoyo social. - Exposición pública. 	Motivar al sujeto para realizar lo aprendido en las fases anteriores (toma de conciencia y respuesta competitiva).
GENERALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Ensayo simbólico para controlar los tics y hábitos nerviosos. 	Generalización de los resultados del tratamiento a todas las áreas de la vida del sujeto.

Tabla 16. Fases del Método de inversión del hábito.

Resumen de los puntos principales

Trastorno del desarrollo de la coordinación

El DSM-IV-TR incluía este diagnóstico en el apartado de Trastornos de las habilidades y los hábitos motores, dentro del capítulo de Trastornos de Inicio en la Infancia y la Adolescencia.

El DSM 5 lo incluye en el apartado general de Trastornos Motores, dentro del capítulo de Trastornos del Neurodesarrollo.

Supone rendimiento en las actividades cotidianas que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado, lo que interfiere significativamente en el funcionamiento del niño.

Etiología desconocida.

Trastorno de movimientos estereotipados

El DSM-IV-TR incluía este diagnóstico en el apartado de Otros Trastornos de Inicio en la Infancia y la Adolescencia, dentro del capítulo de Trastornos de Inicio en la Infancia y la Adolescencia.

El DSM 5 lo incluye en el apartado general de Trastornos Motores, dentro del capítulo de Trastornos del Neurodesarrollo.

Se caracteriza por la presencia de un comportamiento motor repetitivo voluntario, impulsivo y no funcional, que interfiere con el funcionamiento normal del niño y que puede provocar autolesiones.

En este tema es importante diferenciar las estereotipias de los tics y conocer bien el Síndrome de Tourette.

Las estereotipias son movimientos voluntarios, repetitivos y estereotipados que suelen ser rítmicos, impulsivos y sin objetivo.

Los tics son vocalizaciones o movimientos involuntarios, súbitos, rápidos, no rítmicos, estereotipados, espasmódicos y sin fin aparente.

Trastornos por tics

El Trastorno de Tourette es un trastorno caracterizado por múltiples tics motores y vocales de forma crónica. Aparece frecuentemente asociado a otros trastornos como el TOC (PIR).

El tratamiento más importante para los trastornos por tics es la Inversión del hábito de Azrin y Nunn. Formado por los siguientes componentes:

1. Conciencia del tic
2. Reacción de competencia
3. Motivación
4. Generalización

TEMA 7 TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (DSM 5)

7.1. Clasificaciones internacionales

El principal cambio que aporta el DSM 5 es la separación de los contenidos de la anterior categoría DSM-IV-TR: Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador.

Dentro del capítulo de Trastornos del Neurodesarrollo, el DSM 5 solo va a incluir los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Los Trastornos de Comportamiento Perturbador salen del capítulo de Trastornos del Neurodesarrollo y se reubican en el capítulo DSM 5 de Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta.

(Ver tabla 1 y 2)

7.2. Introducción histórica

En 1902 Still presentó una serie de casos de niños cuya conducta se caracterizaba por un exceso de movimiento, un escaso control de impulsos, falta de atención y poco interés por las consecuencias de sus actos. Los denominó "niños con déficit de control moral".

Más adelante se relacionó estos comportamientos con daños cerebrales, acuñándose el término "daño cerebral infantil" en 1947 por parte de Strauss y Lehtinen.

Sin embargo no se encontraron evidencias de daño cerebral, por lo que se cambió la denominación a "daño cerebral mínimo" y a "disfunción cerebral mínima" (DCM).

Durante la década de los 50 se mantiene la hipótesis del déficit en el SNC y se comienza a plantear un posible déficit en mecanismos neurológicos específicos relacionados con áreas talámicas que llevarían a un menor filtraje de estimulación y por tanto a un exceso de la misma.

PRINCIPALES CAMBIOS DSM 5

- El DSM 5 separa los Trastornos de déficit de atención con hiperactividad de los Trastornos de comportamiento perturbador que se encontraban unidos en el DSM-IV-TR en la categoría Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.
- El capítulo de Trastornos por déficit de atención con hiperactividad incluye tres diagnósticos:
 - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: cambia la edad de inicio de antes de los 7 a antes de los 12 años. Se incluyen indicadores para la presentación del trastorno en adolescentes y adultos. Y permite el diagnóstico conjunto del TDAH con los Trastornos del espectro autista.
 - Otro Trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado: de nueva aparición.
 - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado: similar al del DSM-IV-TR.
- El Trastorno negativista desafiante y el Trastorno disocial del DSM-IV-TR se incluyen en el capítulo en Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta.
- Cambia la denominación del Trastorno disocial por Trastorno de conducta.

Tabla 2. Principales cambios DSM 5.

DSM-IV-TR EN TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	DSM 5 EN VARIOS CAPÍTULOS	CIE-10 EN VARIOS CAPÍTULOS
TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. - Trastorno por déficit de atención e hiperactividad no especificado. - Trastorno disocial. - Trastorno negativista desafiante. - Trastorno por comportamiento perturbador no especificado. 	EN TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Trastornos por déficit de atención con hiperactividad <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. - Otro Trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado. - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado. EN TRASTORNOS DESTRUCTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno negativista desafiante. - Trastorno de la conducta. 	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE INICIO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos hipercinéticos (incluye T. hipercinético disocial). TRASTORNOS DISOCIALES <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno disocial limitado al contexto familiar. - Trastorno disocial en niños no socializados. - Trastorno disocial en niños socializados. - Trastorno disocial desafiante y opositorista. - Otros. - Sin especificación. TRASTORNOS DISOCIALES Y DE LAS EMOCIONES MIXTOS <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno disocial depresivo. - Otros Trastornos disociales y de las emociones mixtos. - Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.

Tabla 1. Trastornos de déficit de atención y comportamiento perturbador en CIE y DSM.

En 1960 **Chess** publica un artículo sobre lo que denomina **trastorno hiperkinético**, centrándose en la hiperactividad y la precipitación en las respuestas.

En la década de los 70, empiezan a adquirir importancia otras manifestaciones del trastorno como la impulsividad, la baja capacidad atencional, la baja tolerancia a la frustración, la distraibilidad y la agresividad.

En 1971 **Wender** describe las características de los niños con DCM estableciendo tres déficits principales:

- Menor sensación de placer y dolor.
- Por lo tanto una menor sensibilidad a premios y castigos.
- Un nivel elevado y poco modulado de activación que lleva a la hiperactividad, la baja atención sostenida y la distraibilidad.
- Extroversión.

Virginia Douglas es una autora especialmente relevante en este tema. Demostró que los niños hiperactivos tenían muchas dificultades en tareas de vigilancia o atención sostenida, como las evaluadas por el test de ejecución continua (*Continuous Performance Test*). Planteó 4 grandes déficits:

- En la organización y el mantenimiento de la atención y el esfuerzo.
- En la inhibición de las respuestas impulsivas.
- En la modulación de los niveles de activación para hacer frente a las demandas ambientales.
- Fuerte inclinación a buscar refuerzos inmediatos.

A partir de estas investigaciones el **DSM-III** incluye el trastorno bajo la denominación de **Trastorno por déficit de atención**. En los últimos años predominan los estudios neuropsicológicos que defienden que se trata de un trastorno cuyo núcleo se encuentra en la tradicionalmente denominada impulsividad o déficit en control de impulsos.

En los últimos años se ha comenzado a plantear el mantenimiento del trastorno también durante la vida adulta, aunque con manifestaciones y características diferentes a las observadas durante la infancia, lo que también ha generado nuevas vías de actuación.

7.3. Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos propuestos por el **DSM 5** apenas cambian con respecto de los propuestos por el **DSM-IV-TR**.

El cambio más destacable hace referencia a que el **DSM 5** define que los síntomas deben estar presentes antes de los 12 años de edad (frente al antes de los 7 años de edad, propuesto por el **DSM-IV-TR**).

(Ver tabla 3 y 4 en las páginas siguientes)

La **CIE-10** establece bajo la categoría de **Trastornos hiperkinéticos**, el Trastorno de la actividad y de la atención, el Trastorno hiperkinético disocial, el Trastorno hiperkinético sin especificación y Otros trastornos hiperkinéticos.

Para el trastorno de la actividad y de la atención tienen unos criterios más estrictos que el DSM. Tienen que darse ambos (hiperactividad y desatención). Requiere al menos 6 síntomas de inatención, 3 de hiperactividad, y al menos 1 de impulsividad (en DSM se requiere 6 de inatención o bien 6 de hiperactividad-impulsividad) (**PIR01, 51**).

Este trastorno se diagnostica cuando se satisfacen los criterios del trastorno hiperkinético, pero no el de trastorno disocial. El

trastorno hiperkinético disocial se diagnostica cuando se satisfacen ambos criterios.

El **DSM 5** incluye una categoría diagnóstica llamada **Otro Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad Especificado**, con las siguientes indicaciones de aplicación:

OTRO TDAH ESPECIFICADO (DSM 5)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico.

La categoría de otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de algún trastorno específico del desarrollo neurológico. Esto se hace registrando "otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad específico" y a continuación el motivo específico (p. ej., "con síntomas de inatención insuficientes").

Tabla 5. Otro TDAH especificado (DSM 5).

Tanto el **DSM-IV-TR** como el **DSM 5** incluyen el diagnóstico de **Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad No Especificado**, pero con indicaciones diferentes (ver tablas 6 y 7).

TDAH NO ESPECIFICADO (DSM-IV-TR) (PIR)

Esta categoría se utiliza para describir aquellos casos en los que se da una importante desatención o hiperactividad, pero que no llegan a cumplir todos los criterios necesarios:

- Niños con síntomas que satisfacen los criterios del TDAH, del tipo con predominio déficit de atención, pero en los que la edad de inicio del trastorno es de 7 años o más.
- Niños con alteraciones significativas de inatención, pero con un patrón de comportamiento caracterizado por lentitud, ensoñación e hipoactividad.

Tabla 6. TDAH no especificado (DSM-IV-TR).

TDAH NO ESPECIFICADO (DSM 5)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico.

La categoría de trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de un trastorno del desarrollo neurológico específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Tabla 7. TDAH no especificado (DSM 5).

TDAH (DSM-IV-TR) (PIR97, 218; PIR00, 160; PIR02, 104; PIR07, 117; PIR09, 99; PIR11, 168)

- A. Patrón persistente de 1 ó 2 por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa en relación con el nivel de desarrollo.
- 1. Desatención** (déficit de atención, al menos 6 de 9 criterios) (**PIR07, 118**):
 - A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
 - A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
 - A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
 - A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
 - A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
 - A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
 - A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
 - A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
 - A menudo es descuidado en las actividades diarias.
 - 2. Hiperactividad-Impulsividad** (al menos 6 de 9 criterios):

Hiperactividad (exceso conductual en sitios inapropiados) (**PIR08, 74**):

 - A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
 - A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que espera permanezca sentado.
 - A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
 - A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
 - A menudo está "en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
 - A menudo habla en exceso.

Impulsividad (déficit de autocontrol) (**PIR08, 73**):

 - A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
 - A menudo tiene dificultades para guardar turno.
 - A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos).
- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años (necesariamente).
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en 2 o más ambientes (**PIR10, 28**).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un TGD, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificar tipo:

- **TDAH tipo combinado**: se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.
- **TDAH con predominio de falta de atención**: si se satisface el criterio A1 pero no el criterio A2, durante los últimos 6 meses.
- **TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo**: si se satisface el criterio A2, pero no el criterio A1 durante los últimos 6 meses.

Tabla 3. TDAH (DSM-IV-TR).

TDAH (DSM 5)

- A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):
- 1. Inatención**: seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales.
Nota: los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones.
Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.
 - Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
 - Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
 - Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales.
 Nota: los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones.

- Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.
- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
 - b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
 - c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
 Nota: en adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.
 - d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
 - e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
 - f. Con frecuencia habla excesivamente.
 - g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
 - h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
 - i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:
 - **Presentación combinada:** si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
 - **Presentación predominante con falta de atención:** si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
 - **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:
 - **En remisión parcial:** cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:
 - **Leve:** pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas solo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.
 - **Moderado:** síntomas o deterioros funcionales presentes entre "leve" y "grave".
 - **Grave:** presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Tabla 4. TDAH (DSM 5).

7.4. Comorbilidad

Los trastornos por déficit de atención aparecen frecuentemente asociados a muchos otros problemas como déficits de aprendizaje, fracaso escolar (PIR09, 100), problemas emocionales, ansiedad y entornos familiares problemáticos.

Se ha observado en niños con TDAH que el exceso de actividad motora tiene lugar con mayor frecuencia en situaciones sedentarias o de muy alta estructuración (p. ej., el aula) (PIR07, 119).

Los trastornos a los que aparece más asociado son el Trastorno de Tourette (aunque en general el TDAH suele ser anterior), el Trastorno disocial y el Trastorno negativista desafiante (el TDAH presenta una comorbilidad de hasta el 90% con los trastornos de conducta) (PIR06, 113; PIR11, 89).

7.5. Epidemiología y curso

Su prevalencia se sitúa entre un 3 y un 10% de la población escolar, aunque existe un consenso en situarlo en un 5%. Se da con mayor medida en varones, con una proporción de 4:1.

El comienzo es temprano, generalmente antes de los 5 años, aunque es difícil detectarlo antes de la escolarización.

En general la alteración se mantiene durante los años escolares, pero después en la mayoría de los casos tiende a disminuir, aunque puede mantenerse en la edad adulta.

En algunos casos persisten consecuencias derivadas del trastorno como, por ejemplo, mal rendimiento escolar, problemas de conducta, comportamientos antisociales, consumo de sustancias tóxicas, problemas sociales, baja autoestima, etc.

7.6. Diagnóstico diferencial

COMPORTAMIENTOS PROPIOS DE LA EDAD EN NIÑOS ACTIVOS	Hay que distinguir el trastorno de niños que no paran de corretear y de moverse.
AMBIENTES ACADÉMICA-MENTE POCO ESTIMULANTES	Ambientes poco estimulantes favorecen que el niño trate de proporcionarse esa estimulación. Debemos tener en cuenta el comportamiento del niño en diferentes ambientes.
COMPORTAMIENTOS NEGATIVISTAS	El niño con TDAH no se presta a realizar labores que le suponen un esfuerzo de atención, pero no busca de manera persistente la ruptura de normas.
OTRO TRASTORNO MENTAL	Determinados trastornos como los de ansiedad, del estado de ánimo, disociativos o de personalidad pueden tener síntomas de desatención y de hiperactividad, pero suelen comenzar después de los 7 años.

Tabla 8. Diagnóstico diferencial del TDAH.

7.7. Etiología

Modelos biológicos

Hipótesis genéticas

Diferentes estudios realizados tanto con gemelos como con familiares sugieren una predisposición genética del trastorno (PIR03, 147; PIR07, 120). Se ha encontrado una incidencia mucho mayor que en el resto de la población entre parientes de primer y segundo grado.

Algunos estudios apuntan a que niños con padres con TDAH tienen hasta un 50% más de probabilidades de desarrollar el trastorno.

Alteraciones fisiológicas

Autores como Luria, defienden una alteración en los procesos de activación e inhibición del SNC como base del trastorno. Se cree que una variabilidad excesiva en la regulación de la activación provocaría que el niño no fuera capaz de regular su propia actividad en situaciones ambientales concretas de alta demanda.

Además se han encontrado algunas alteraciones neuroquímicas como una menor proporción de dopamina en el LCR.

Signos madurativos

En un principio se había propuesto que diferentes signos de inmadurez evolutiva, "soft sings", podían ser las causantes de pequeños déficits como pobre coordinación, torpeza o dificultades de equilibrio, que estarían en la base del trastorno. Sin embargo, estos datos no se han confirmado.

Con los avances en neuroimagen se ha propuesto que el trastorno puede estar influido por una baja tasa de actividad en ciertas regiones de la corteza cerebral, especialmente en los lóbulos frontales (PIR06, 114; PIR11, 94) y en el sistema límbico. Esta baja actividad cortical puede estar asociada a niveles reducidos de flujo sanguíneo y consumo de glucosa en dichas zonas (PIR08, 72).

Modelos psicológicos

Factores psicosociales

Los principales factores psicosociales se centran en la familia, en las que puede haber altos niveles de estrés, un funcionamiento disfuncional, ser monoparental o puede encontrarse alguna psicopatología en alguno de los progenitores.

Desde modelos más conductuales, se relaciona el trastorno con unas normas familiares muy desestructuradas o por el contrario con muchas responsabilidades, lo que fomentaría el déficit atencional y el exceso de conductas.

Hipótesis desde la psicología del aprendizaje

- Aversión a la demora del refuerzo.
 Los niños con TDAH buscan una recompensa inmediata y mientras la obtienen manifiestan su malestar llorando, molestando o con quejas continuas. Esto desespera a los padres que pueden llegar a ceder reforzando conductas desadaptativas.
- Falta de previsión de las consecuencias.
- Dificultad para inhibir conductas prepotentes (PIR16, 194).
- Déficit de autorregulación.
 Estos niños manifiestan una gran dificultad para guiar sus conductas mediante la percepción adecuada de la situación y mediante el pensamiento activo para frenar sus propias conductas inapropiadas.

- Ineficacia del castigo.
Los niños con TDAH no aprenden de los errores aunque se les castigue a menudo. Frecuentemente no saben por qué se les ha castigado o no establecen la relación entre la conducta negativa y el castigo.

Modelo atencional de Douglas

Considera como problema principal el déficit de atención. Además considera que hay una serie de predisposiciones de los niños hiperactivos:

- Rechazo para dedicar esfuerzo y atención a tareas complejas.
- Tendencia a buscar estimulación y gratificación inmediata.
- Falta de impacto de estímulos aversivos.
- Poca capacidad para inhibir respuestas impulsivas, que con mucha frecuencia suelen resultar erróneas.
- Poca capacidad de regulación de la activación o los estados de alerta.

En el origen de dichas predisposiciones podemos encontrar factores constitucionales o factores sociofamiliares como una educación inconsistente o demasiado directiva, falta de refuerzo o refuerzos inadecuados.

Estos factores podrían crear deficiencias secundarias:

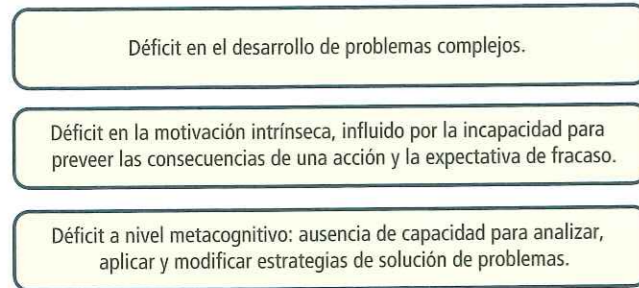


Figura 1. Déficit secundarios en el TDAH (modelo atencional de Douglas).

Modelo motivacional de Barkley

Considera como problema principal la falta de control de la conducta a raíz del déficit motivacional.

Desde este modelo se plantea una insensibilidad relativa a los estímulos ambientales socialmente relevantes así como un déficit en las conductas gobernadas por reglas (PIR16, 197).

Como posibles causas se piensa en una rápida habituación a los reforzadores y un déficit de los programas de refuerzo que sirven para mantener la conducta. Además se plantea que las conductas hiperactivas de estos niños son una forma de compensar una activación de base deficitaria.

También se cree que los umbrales de refuerzo son demasiado altos, lo que significa que necesitan mayores estímulos para responder a los refuerzos y castigos.

Barkley propone que en el TDAH el problema principal es la pobre inhibición comportamental, y que esto es común tanto en el tipo de predominio hiperactivo-impulsivo como en el tipo combinado. Defiende que el tipo en el que predomina un déficit de atención, podría considerarse un trastorno cualitativamente diferente.

7.8. Evaluación

La evaluación debe ser amplia y debe incluir diferentes procedimientos, ya que hay que evaluar tanto las manifestaciones primarias como secundarias del trastorno así como el funcionamiento familiar. Se ha de evaluar diferentes ambientes.

Se ha de recoger información sobre las pautas de interacción entre los padres y el niño, cuáles son las conductas problemáticas y dónde y cuándo aparecen.

Para ello podemos utilizar además de la entrevista clínica, diversas escalas y cuestionarios.

(Ver tabla 9)

APLICADOS A PADRES Y PROFESORES	<ul style="list-style-type: none"> - CCE: conducta en la escuela para profesores. - CCI: conducta infantil para padres. - Escalas Conners: evalúan la frecuencia e intensidad de los síntomas característicos de la hiperactividad infantil (PIR98, 217). - Escalas de comportamiento infantil (ECI) de Barkley. - Chile Attention Profile (CAP) de Edelbrock: incluye ítems de la CBCL.
APLICADOS AL NIÑO	<ul style="list-style-type: none"> - Test de atención como el CPT (atención sostenida, PIR04, 23). En este test los niños con TDAH suelen cometer errores de omisión (no responder ante el estímulo) y comisión (responder sin estímulo) (PIR93, 157; PIR12, 198). - Factor de independencia a la distracción del WISC-R (subtests de dígitos, aritmética y clave de números) (PIR11, 90). - Test de impulsividad: MMFT-20. - Test de funciones frontales como el Stroop o la Trail-Making-Test. - Batería de Luria-Inicial. Batería de evaluación neuropsicológica en edad preescolar (4-6 años). Mide funciones ejecutivas a través de subtests de motricidad manual, orientación derecha-izquierda, gestos y praxias, regulación verbal y orientación espacial. Permite hacer predicciones sobre inatención e hiperactividad. La prueba de Regulación verbal del acto motor es la que mejor discrimina entre niños TDAH y niños normales (PIR11, 93).

Tabla 9. Pruebas de evaluación del TDAH.

7.9. Tratamiento

(Para mayor información, consultar el Manual APIR de Tratamientos Psicológicos)

(Ver tablas 10, 11 y 12)

PARA ELIMINAR CONDUCTAS INDESEADAS	<ul style="list-style-type: none"> - Extinción. - Castigos (positivos y negativos). - Tiempo fuera (un minuto por año del niño) (PIR98, 199; PIR03, 243; PIR09, 123; PIR12, 208). - Costo de respuesta.
PARA AUMENTAR CONDUCTAS DESEADAS	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzamiento de conductas incompatibles. - Reforzamiento diferencial de tasas bajas (PIR03, 241). - Reforzamiento positivo contingente de cualquier conducta (RDO). - Sobrecorrección. - Programas de economía de fichas.

Tabla 10. Técnicas operantes en el TDAH.

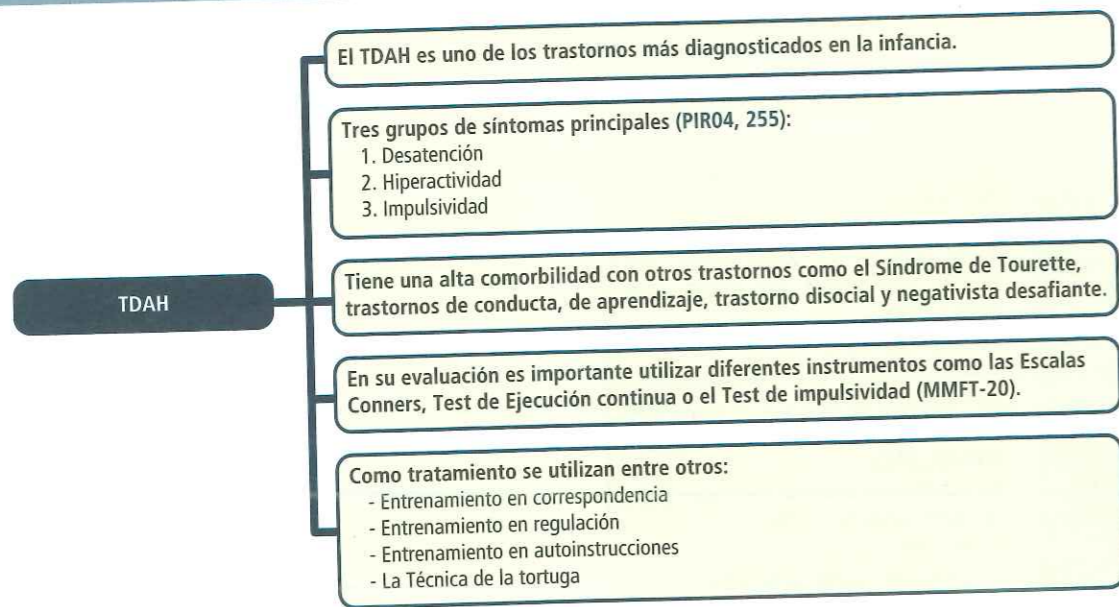
VALLEJO			
	TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	X		
TRATAMIENTOS CONDUCTUALES: MANEJO DE CONTINGENCIAS - ENTRENAMIENTO CONDUCTUAL DE PADRES - MANEJO DE CONTINGENCIAS EN EL AULA - PROGRAMAS CONDUCTUALES POR PARES	X		
NEUROFEEDBACK		X	X
EJERCICIO FÍSICO		X	X
ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES Y HABILIDADES SOCIALES Y COGNITIVAS		X	X
ENTRENAMIENTO EN CORRESPONDENCIA DECIR-HACER		X	X
PROGRAMA DE AUTORREGULACIÓN DE BARKLEY		X	X
TERAPIA COGNITIVA Y TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN (EN ADOLESCENTES Y ADULTOS)		X	X

Tabla 11. Eficacia de los tratamientos para el TDAH según Vallejo, M.A. (2012).

MARINO PÉREZ			
	TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3
TERAPIA COMBINADA (TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL + FÁRMACOS) (PIR12, 210)	X		
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL		X	
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		X	
ORIENTACIÓN PADRES-PROFESORES			X

Tabla 12. Eficacia de los tratamientos para el TDAH según Pérez (2011).

Resumen de los puntos principales



TEMA 8

TRASTORNOS DE CONDUCTA EN TRASTORNOS DESTRUCTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA (DSM 5)

8.1. Introducción

Los distintos trastornos que se incluyen bajo la denominación de **Trastornos de comportamiento perturbador** o **Trastornos de conducta** comparten una gran variedad de síntomas, lo que en muchas ocasiones hace que puedan crearse confusiones sobre su concepción.

Tanto la CIE como el DSM reflejan la existencia de un continuo diferenciando entre 4 trastornos, de menor a mayor nivel de gravedad:

- Problemas paterno-filiales.
- Comportamiento antisocial en la niñez y la infancia.
- Trastorno negativista-desafiante.
- Trastorno disocial.

Como venimos explicando, el **DSM 5** separa contenidos de la anterior categoría **DSM-IV-TR: Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador**.

Los Trastornos de Comportamiento Perturbador salen del capítulo de Trastornos del Neurodesarrollo y se reubican en el capítulo DSM 5 de **Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta**.

(Ver tabla 1)

Debido a la importancia de estas alteraciones en la práctica clínica habitual con niños y adolescentes, los explicamos en este Manual de Psicología Clínica Infantil.

8.2. Trastorno negativista desafiante

Criterios diagnósticos

Esta categoría diagnóstica se mantiene en el DSM 5, con ligeros cambios en sus criterios diagnósticos, como podemos apreciar en las **tablas 2 y 3 (ver en la página siguiente)**.

La **CIE-10** lo incluye dentro de los trastornos disociales. Considera que suele aparecer en niños por debajo de los 9-10 años. Se caracteriza por un comportamiento desafiante, desobediente o provocador, y la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley y los derechos de los demás. Muchos autores lo consideran una forma más leve del trastorno disocial.

En general este trastorno se da en el ambiente familiar, aunque puede llegar a producirse fuera de él, y sobre todo con personas con las que el niño tiene cierta confianza.

Este trastorno se acompaña de problemas de comportamiento, de regulación del humor y de las emociones (**PIR16, 199**). Las manifestaciones de este trastorno pueden acompañarse de otros problemas como baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, pobre control de impulsos y consumo de sustancias.

Epidemiología y curso

Su prevalencia se sitúa entre el 2-15% de la población infantil-juvenil.

Antes de la pubertad es más frecuente en varones, después la proporción se iguala en ambos sexos.

Suele comenzar antes de los 8 años y no suele aparecer tras el inicio de la adolescencia.

Su inicio suele ser gradual y en muchos casos constituye un antecedente del trastorno disocial.

Diagnóstico diferencial

(Ver tabla 4 en la página siguiente)

DSM-IV-TR TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	DSM 5 TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA
<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno negativista desafiante. - Trastorno disocial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno negativista desafiante. - Trastorno de la conducta.
DSM-IV-TR TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno explosivo intermitente. - Piromanía. - Cleptomanía. - Juego patológico. - Tricotolomanía. - Trastorno del control de los impulsos no especificado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno explosivo intermitente. - Trastorno antisocial de la personalidad. - Piromanía. - Cleptomanía. - Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado. - Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado.

Tabla 1. Comparativa DSM-IV-TR vs. DSM 5.

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE (DSM-IV-TR) (PIR00, 162; PIR01, 53; PIR02, 88; PIR07, 129)

- A. Patrón recurrente de comportamiento negativista, hostil y desafiante, dirigido a las figuras de autoridad, que dura al menos 6 meses, apareciendo al menos 4 (o más) criterios:**
1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
 2. A menudo discute con adultos.
 3. A menudo desafía activamente a los adultos y rehúsa cumplir sus demandas.
 4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
 5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
 6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
 7. A menudo es colérico y resentido.
 8. A menudo es rencoroso o vengativo.
- Nota: considerar que se cumple un criterio solo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.*
- B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica y laboral.**
- C. Los comportamientos no aparecen solo en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.**
- D. No cumple los criterios para disocial, y, si tiene más de 18 años, tampoco el de antisocial de la personalidad.**

Tabla 2. Trastorno negativista desafiante (DSM-IV-TR).

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE (DSM 5)

- A. Un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.**
- Enfado/irritabilidad:**
1. A menudo pierde la calma.
 2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
 3. A menudo está enfadado y resentido.
- Discusiones/actitud desafiante:**
4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
 5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
 6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.
 7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.
- Vengativo:**
8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.
- B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.**
- C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.**
- Especificar la gravedad actual:**
- Leve: los síntomas se limitan a un entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros).
 - Moderado: algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.
 - Grave: algunos síntomas aparecen en tres o más entornos.

Tabla 3. Trastorno negativista desafiante (DSM 5).

TDAH	En el TDAH las conductas no existe una clara intención de violar normas sociales.
TRASTORNO DISOCIAL	En el trastorno negativista las manifestaciones conductuales son menos graves que en el trastorno disocial.
RETRASO MENTAL	En sujetos con retraso mental solo se establece un diagnóstico de trastorno negativista desafiante cuando el comportamiento negativista es notablemente mayor que el habitualmente observado en sujetos de edad, sexo y gravedad del retraso mental comparable.
COMPORTAMIENTO NEGATIVISTA PROPIO DEL DESARROLLO	Solo debe hacerse el diagnóstico negativista desafiante si estos comportamientos aparecen más a menudo y tiene consecuencias más graves que las observadas típicamente en otros sujetos de nivel de desarrollo comparable y producen un deterioro significativo.

Tabla 4. Diagnóstico diferencial del Trastorno negativista-desafiante.

Etiología, evaluación y tratamiento

(Para mayor información, consultar el Manual APIR de Tratamientos Psicológicos)

La etiología, la evaluación y el tratamiento de este trastorno coinciden con el del Trastorno disocial, que presentaremos al hablar de este trastorno.

Tratamiento de elección ante conductas oposicionistas es entrenamiento para padres en el manejo de dichas conductas (PIR11, 174). Destaca a este nivel, el **programa de entrenamiento para padres de Barkley**, entre cuyos objetivos está disminución de los conflictos que puedan surgir en el contexto escolar (PIR13, 94; PIR14, 207).

8.3. Trastorno disocial (DSM-IV-TR) - Trastorno de conducta (DSM 5)

Criterios diagnósticos

Este trastorno ha recibido otros nombres a lo largo de su historia como acting-out, conducta antisocial, agresión, trastorno de conducta, conducta de oposición e insumisión.

El **DSM 5** lo denomina **Trastorno de Conducta**, si bien los criterios diagnósticos que plantea para este diagnóstico son idénticos a los que el **DSM-IV-TR** plantea para el **Trastorno Disocial**.

Los únicos cambios que recoge el **DSM 5** se encuentran en los especificadores, ya que el **DSM 5** incluye un especificador relativo al componente emocional del sujeto diagnosticado e incluye la posibilidad de indicar un inicio no especificado.

(Ver tabla 5 en la página siguiente)

El **DSM-III-R** incluía una clasificación apoyada por diversos estudios factoriales, pero que hoy en día ha desaparecido de las clasificaciones:

- Tipo agresivo solitario.

Autores como **Quay** lo denominan **Trastorno de Conducta Agresivo Infrasocializado (TCAI)** y **Achenbach y Edelbrock** en 1976 lo nombran como **agresivo**.

En este caso el niño suele actuar de manera individual y suele enfrentarse a otros compañeros o a adultos. Las alteraciones conductuales no se producen dentro de un grupo. Suelen ser niños muy destructivos, que inician peleas, son impertinentes, desobedientes y difíciles de manejar.

- Tipo agresivo social.

Denominado **Trastorno de conducta socializado (TCS)** por **Quay** y **Delincuente por Achenbach y Edelbrock**. Se da en compañía de otros compañeros que presentan las mismas alteraciones conductuales. Suelen cometer robos en grupo, pertenecer a pandillas, fugarse de casa, mentir y provocar incendios.

La **CIE-10** considera un grupo **Trastornos disociales** que se caracterizan por una forma persistente y repetida de comportamiento disocial, agresivo o retador, llegando a violar normas.

Subtipos:

- Trastorno disocial limitado al ámbito familiar.

El comportamiento disocial se limita casi exclusivamente al hogar, a las relaciones con los miembros de la familia.

- Trastorno disocial en niños no socializados.

El comportamiento disocial lo presentan menores con una profunda dificultad para establecer relaciones personales con otros chicos.

- Trastorno disocial en niños socializados.

Individuos que aun presentando comportamientos disociales, se encuentran bien integrados en su grupo de referencia.

- Trastorno disocial desafiante y oposicionista.

Se corresponde con el diagnóstico del DSM del Trastorno negativista-desafiante.

Epidemiología y curso

Actualmente se conoce que su prevalencia ha aumentado, sobre todo en núcleos urbanos. En varones menores de 18 años, su prevalencia se sitúa entre el 5-15%, mientras que en mujeres es mucho menor: 2-10%.

Aunque el trastorno no suele observarse hasta el final de la infancia o el comienzo de la adolescencia, se cree que puede aparecer sobre los 5-6 años.

En la mayoría de los casos desaparece al llegar a la adultez, sin embargo algunos de ellos pueden llegar a desarrollar un trastorno antisocial de la personalidad (PIR03, 151), especialmente aquellos niños con un inicio temprano de trastorno disocial (PIR04, 165; PIR09, 95).

La ideación suicida, las tentativas de suicidio y los suicidios consumados se dan, entre pacientes de Trastorno Disocial, con una frecuencia superior a la esperada en población normal (PIR11, 91).

En 1988, **Loeber** describe un modelo en el que el trastorno atravesaría diferentes estadios de creciente gravedad hasta el trastorno antisocial, pero no todos los sujetos llegarían al extremo más grave.

Se relaciona un inicio temprano del trastorno con un comportamiento antisocial posterior mucho más grave. **Moffit** propone el término **"comportamiento antisocial persistente a lo largo del ciclo vital"**, en el que describe que el trastorno disocial de inicio en la infancia sería más estable a lo largo del tiempo y causaría más conductas disociales en etapas posteriores.

Por otro lado propone el término **"comportamiento antisocial limitado a la adolescencia"**. En este caso, más habitual, las conductas disociales se reducirían al llegar a la vida adulta.

Comorbilidad

Diferentes datos tomados de muestras clínicas describen que hay un 20-60% de presencia de trastorno disocial y del desafiante oposicionista en niños con TDAH y un 90% de presencia de TDAH en niños remitidos por trastornos de la conducta.

Además el trastorno disocial va frecuentemente asociado con síntomas depresivos, siendo este trastorno un importante predictor de riesgo de suicidio en la adolescencia. Los intentos autolíticos suelen aparecer en situaciones de frustración o de cambios ambientales estresantes o de enfrentamiento a la autoridad.

Diagnóstico diferencial

(Ver tabla 6 en las páginas siguientes)

Factores de riesgo

(Ver tabla 7 en las páginas siguientes)

TRASTORNO DISOCIAL (DSM-IV-TR) (PIR00, 161; PIR01, 52; PIR04, 181; PIR07, 128; PIR08, 71; PIR09, 96; PIR14, 152)
TRASTORNO DE LA CONDUCTA (DSM 5)

- A.** Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:
- Agresión a personas y animales:**
1. A menudo acosa, amenaza o intimida a otros.
 2. A menudo inicia peleas.
 3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
 4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
 5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
 6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
 7. Ha violado sexualmente a alguien.
- Destrucción de la propiedad:**
8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
 9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego).
- Engaño o robo:**
10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
 11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej., "engaña" a otros).
 12. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación).
- Incumplimiento grave de las normas:**
13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.
 14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.
 15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.
- B.** El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.
- C.** Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

Especificar si:

- **Tipo de inicio infantil:** los individuos muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.
- **Tipo de inicio adolescente:** los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.
- **Tipo de inicio no especificado:** se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad.

Especificar si (DSM 5):

- **Con emociones prosociales limitadas:** para poder asignar este especificador, el individuo ha de haber presentado por lo menos dos de las siguientes características de forma persistente durante doce meses por lo menos, en diversas relaciones y situaciones. Estas características reflejan el patrón típico de relaciones interpersonales y emocionales del individuo durante ese periodo, no solamente episodios ocasionales en algunas situaciones. Por lo tanto, para evaluar los criterios de un especificador concreto, se necesitan varias fuentes de información. Además de la comunicación del propio individuo, es necesario considerar lo que dicen otros que lo hayan conocido durante periodos prolongados de tiempo (p. ej., padres, profesores, compañeros de trabajo, familiares, amigos).
- **Falta de remordimientos o culpabilidad:** no se siente mal ni culpable cuando hace algo malo (no cuentan los remordimientos que expresa solamente cuando le sorprenden o ante un castigo). El individuo muestra una falta general de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus acciones. Por ejemplo, el individuo no siente remordimientos después de hacer daño a alguien ni se preocupa por las consecuencias de transgredir las reglas.
- **Insensible, carente de empatía:** no tiene en cuenta ni le preocupan los sentimientos de los demás. Este individuo se describe como frío e indiferente. La persona parece más preocupada por los efectos de sus actos sobre sí mismo que sobre los demás, incluso cuando provocan daños apreciables a terceros.
- **Despreocupado por su rendimiento:** no muestra preocupación respecto a un rendimiento deficitario o problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. El individuo no realiza el esfuerzo necesario para alcanzar un buen rendimiento, incluso cuando las expectativas son claras, y suele culpar a los demás de su rendimiento deficitario.
- **Afecto superficial o deficiente:** no expresa sentimientos ni muestra emociones con los demás, salvo de una forma que parece poco sentida, poco sincera o superficial (p. ej., con acciones que contradicen la emoción expresada; puede "conectar" o "desconectar" las emociones rápidamente) o cuando recurre a expresiones emocionales para obtener beneficios (p. ej., expresa emociones para manipular o intimidar a otros).

Especificar la gravedad actual:

- **Leve:** existen pocos o ningún problema de conducta aparte de los necesarios para establecer el diagnóstico, y los problemas de conducta provocan un daño relativamente menor a los demás (p. ej., mentiras, absentismo escolar, regresar tarde por la noche sin permiso, incumplir alguna otra regla).
- **Moderado:** el número de problemas de conducta y el efecto sobre los demás son de gravedad intermedia entre los que se especifican en "leve" y en "grave" (p. ej., robo sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo).
- **Grave:** existen muchos problemas de conducta además de los necesarios para establecer el diagnóstico, o dichos problemas provocan un daño considerable a los demás (p. ej., violación sexual, crueldad física, uso de armas, robo con enfrentamiento con la víctima, atraco e invasión).

Tabla 5. Trastorno de la conducta (DSM 5).

TDAH	En este caso no se da una violación de normas sociales.
EPISODIOS MANIACOS	El cuadro maniaco se caracteriza por ser episódico y por otras características típicas del trastorno del estado de ánimo.
TP ANTISOCIAL	En caso de cumplirse los criterios de ambos trastornos, en personas mayores de 18 años, se hará el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad.

Tabla 6. Diagnóstico diferencial del Trastorno disocial.

BIOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Circunstancias relacionadas con el embarazo. - Factores cerebrales. - Factores bioquímicos. - Dieta. - Género.
PSICOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Personalidad: temperamento, Neuroticismo y extroversión. Búsqueda de sensaciones. - Variables cognitivas: impulsividad, distorsiones, mala resolución de problemas. - Déficits de habilidades sociales. - Baja autoestima. - Dificultades escolares. - Presencia de otros trastornos asociados.
FAMILIARES (PIR09, 97)	<ul style="list-style-type: none"> - Psicopatología en los padres. - Conductas agresivas de los padres como modelo para el hijo. - Familias disfuncionales. - Estilos educativos inadecuados.
SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Clase social marginal. - Dificultades de relación. - Mal ajuste académico. - Demasiada televisión.

Tabla 7. Factores de riesgo en el Trastorno disocial.

Etiología

Modelos biológicos

En el s.XIX, se plantean que el conjunto de diferentes características físicas (orejas largas, labios carnosos y arrugas) están asociadas a conductas delictivas (Lambroso).

No existen pruebas sobre la influencia genética. Rosenthal plantea que aunque se hereden ciertas características como la sensibilidad al consumo de alcohol, es necesario que se asocien a ciertos factores ambientales para que se desarrolle el trastorno.

Otras hipótesis plantean que las personas antisociales tienen un bajo nivel crónico de activación y que por lo tanto tienen que buscar estimulación constante.

Eysenck relacionó estos comportamientos a los rasgos de extroversión y neuroticismo, llamando coléricos a los que presentaban esta combinación. Quay, por su parte, suaviza esta teoría relacionando estas conductas con un sistema de recompensa sobreactivado y un sistema de inhibición conductual infractivo.

Modelos desde el aprendizaje

Las teorías del aprendizaje demuestran que si los actos agresivos van seguidos de consecuencias reforzantes tienen mayor probabilidad de repetirse, mientras que si estos actos van seguidos de castigos o represalias, pueden producir un cambio de conducta.

Por otro lado se ha observado que niños pasivos que frecuentemente eran víctimas de otros niños, pueden realizar un cambio de comportamiento y realizar ellos mismos conductas agresivas. Se pone de manifiesto en estos casos la importancia del aprendizaje, especialmente desde el paradigma operante, aunque también el aprendizaje por modelos.

Modelos familiares

Los modelos familiares son muy importantes en este tipo de trastornos. Es muy común encontrar conductas antisociales en las familias de los niños que desarrollan este tipo de conductas. Este hecho puede estar influido a su vez por el nivel socioeconómico, la presencia de conflicto entre los padres, mala enseñanza de los padres o incluso negligencias.

Una de las variables más importantes es cómo se dan los órdenes en estas familias. Estos padres suelen ser muy críticos y dar órdenes de manera confusa, humillantes o en forma de enfado.

Se conoce que existen dos tipos de órdenes:

Órdenes alfa: sus respuestas son motoras y factibles (p. ej., "cálzate").

Órdenes beta: vagas, interrumpidas o realizadas por los padres y de difícil cumplimiento. dificultad que el niño aprenda conductas de obediencia (p. ej., "No te portes de esta manera" "¿Cuál es esa manera?").

- Teoría de la coacción (Patterson).

Patterson elabora la teoría explicativa más ampliamente aceptada y estudiada sobre las posibles contribuciones ambientales a las conductas agresivas, a través del estudio observacional en vídeo del niño en la escuela y en interacción con sus padres en el hogar (PIR93, 156).

La teoría de la coacción explica cómo se dan patrones disociales en las dinámicas familiares. Los niños utilizan conductas agresivas (rabieta, lloros...) para controlar la conducta de sus padres (PIR13, 95). Estas conductas se refuerzan positivamente (el niño consigue lo que quiere) o negativamente (el niño evita situaciones que no quiere). El proceso por el cual el niño utiliza conductas aversivas en su beneficio se denomina coacción.

• La Trampa del reforzamiento negativo (PIR08, 70; PIR13, 28).

En los procesos de coacción presentes en las relaciones entre padres e hijos destaca el papel explicativo del reforzamiento negativo (PIR16, 210). Los padres ante las conductas del niño no actúan correctamente y ceden ante sus deseos. A corto plazo resulta agradable para ambas partes, pero a largo plazo se convierte en un grave problema. Los padres al ceder ante sus hijos caen en la "trampa del reforzamiento", fortaleciendo este tipo de conductas negativas y coercitivas.

• Aceleración del castigo.

Se ha observado que el castigo resulta ineficaz. No suprime las conductas coactivas sino que parece aumentarlas, ya que el castigo se aplica de manera incoherente.

- Los patrones educativos no son los únicos responsables.
- Suele ser resultado de una suma de factores como: Aumento de la disciplina punitiva del padre, aumento de la permisividad de la madre, supervisión nula y disminución del apoyo afectivo.

Otros factores familiares.

La descripción del proceso de coacción y la ineficacia de la crianza han servido de base a **Patterson** para su proyecto de intervención y para un modelo evolutivo que sigue desarrollándose. Patterson relaciona el comportamiento antisocial de los niños con las malas relaciones con iguales, la falta de competencia escolar y la baja autoestima. En el núcleo de este problema se encuentra el modelo de formación para padres al que Patterson denomina "basic black" y que ha sido traducido al español como "malevolencia básica" aunque simplemente hace referencia al carácter sencillo y elegante del modelo.

Modelos sociocognitivos

- **Modelo causal integrador (Lahey, Walkman y McBurnett).** Entiende los trastornos del comportamiento perturbador como un extremo del continuo sociabilidad-antisociabilidad. Se producen interacciones entre factores disposicionales y genéticos, así como entre factores temperamentales y cognitivos: inestabilidad afectiva, negativismo, evitación del daño...
- **Modelo de las secuencias evolutivas hacia los problemas de conducta (Loeber y Stouthamer-Loeber).** Defienden que el comportamiento perturbador tiene un inicio gradual, describiendo tres secuencias evolutivas distintas:

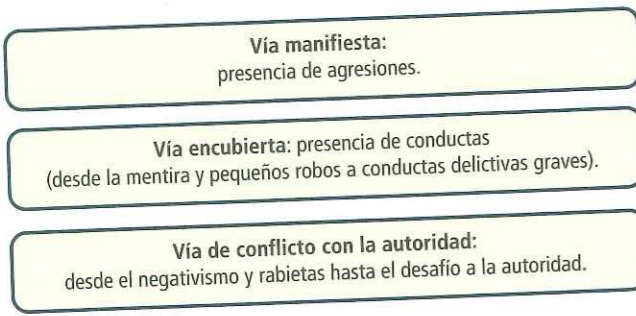


Figura 1. Secuencias evolutivas (Loeber y Stouthamer-Loeber).

Modelo ecológico (Frias-Armenta y cols).

Es una adaptación del modelo ecológico de **Bronfenbrener**. Subraya que el 56% de la varianza en el desarrollo del comportamiento perturbador se explica de forma directa por el microsistema, e indirectamente por el exosistema y el macrosistema.

Evaluación

En la **entrevista** se deben recoger las conductas del niño, de los cuidadores y las propias de la interacción. También debe recogerse información sobre el desarrollo del niño.

Como la **observación** sistemática es muy costosa, suele recurrirse a la observación de las interacciones con los padres en consulta (espontáneas y preparadas) y la observación de los padres en casa (PIR).

(Ver tablas 8 y 9)

Tratamiento

(Para mayor información, consultar el Manual APIR de Tratamientos Psicológicos)

La **American Academy Child and Adolescent Psychiatry** (ACPA, 1997) realiza una serie de recomendaciones de cara al tratamiento:

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DISOCIAL
Escala de calificación de las conductas del niño (CBCL) de Achenbach y Edelbrock. Inventario de conductas infantiles (ECBI) de Eyberg. Listado de conductas para padres. Sistema multidimensional para la evaluación de la conducta, BASC.

Tabla 8. Pruebas de evaluación del Trastorno disocial.

FORMAS DE PARENTALIDAD	- Alabama Parenting Questionnaire (Frick y cols.). - Escala de Estilos de socialización parental en la adolescencia ESPA 29 (Musitu y García).
AUTOESTIMA PARENTAL	- Parenting Sense of Competence Scale (Johnston y Mash). - Escala de satisfacción familiar por Adjetivos ESFA (Barraca y López-Yarto), para medir sentimientos positivos y negativos. - Percepción por parte de los padres del estado emocional y de su relación de pareja.
CONFLICTOS ENTRE LOS PADRES POR LA CRIANZA	- Chile Rearing Disagreements (Jouriles y cols.) y Parent Problem Checklist (Dadds y Powell).
FUNCIONAMIENTO EXTRAFAMILIAR	- Community Interaction Checklist (Cerezo).

Tabla 9. Pruebas de evaluación de factores ambientales en el Trastorno disocial.

- Las intervenciones serán más eficaces si son multimodales y se diseñan en base a las deficiencias del caso concreto.
- Se recomienda la combinación de las intervenciones individuales y grupales para mejorar las relaciones interpersonales.
- Se requiere un tratamiento prolongado y con seguimiento a largo plazo.
- Es necesaria la intervención paralela de las alteraciones psicopatológicas comórbidas que a menudo padecen estos pacientes.

Delincuencia juvenil

Definición y características

Se incluyen dentro de la delincuencia "todos aquellos comportamientos que dañan a otras personas, están prohibidos por las leyes o son susceptibles por ello de ser seguidos de un proceso penal" (Williams 1975).

Se considera un delincuente juvenil a todo aquel que ha cometido un delito pero aún no tiene la edad de plena responsabilidad. Se han definido una serie de características comunes de los jóvenes violentos:

- Escasa vinculación con el colegio.
- relación con amigos que también cometen delitos.
- Consumo de drogas.
- Insuficiente dedicación y control de los padres.
- Con frecuencia ellos mismos han sido víctimas de delitos (malos tratos familiares, abusos sexuales...).

Prevalencia

Se ha encontrado que la delincuencia juvenil se da en mayor medida entre los 16 y los 17 años.

En diferentes estudios (Rechea, 1995, Garrido Martín, 2002) realizados en España se han obtenido los siguientes datos:

- Entre el 81,1% y el 84,6% de los jóvenes reconocen haber tenido conductas prohibidas o delictivas.
- Hay una mayor incidencia de conductas violentas en familias y barrios de nivel socioeconómico bajo.
- La prevalencia delictiva disminuye con la edad.
- La prevalencia es mayor en varones.
- El porcentaje de casos que se detectaban a nivel familiar o policial es muy bajo (10% de los casos informados).

Trastornos clínicos asociados

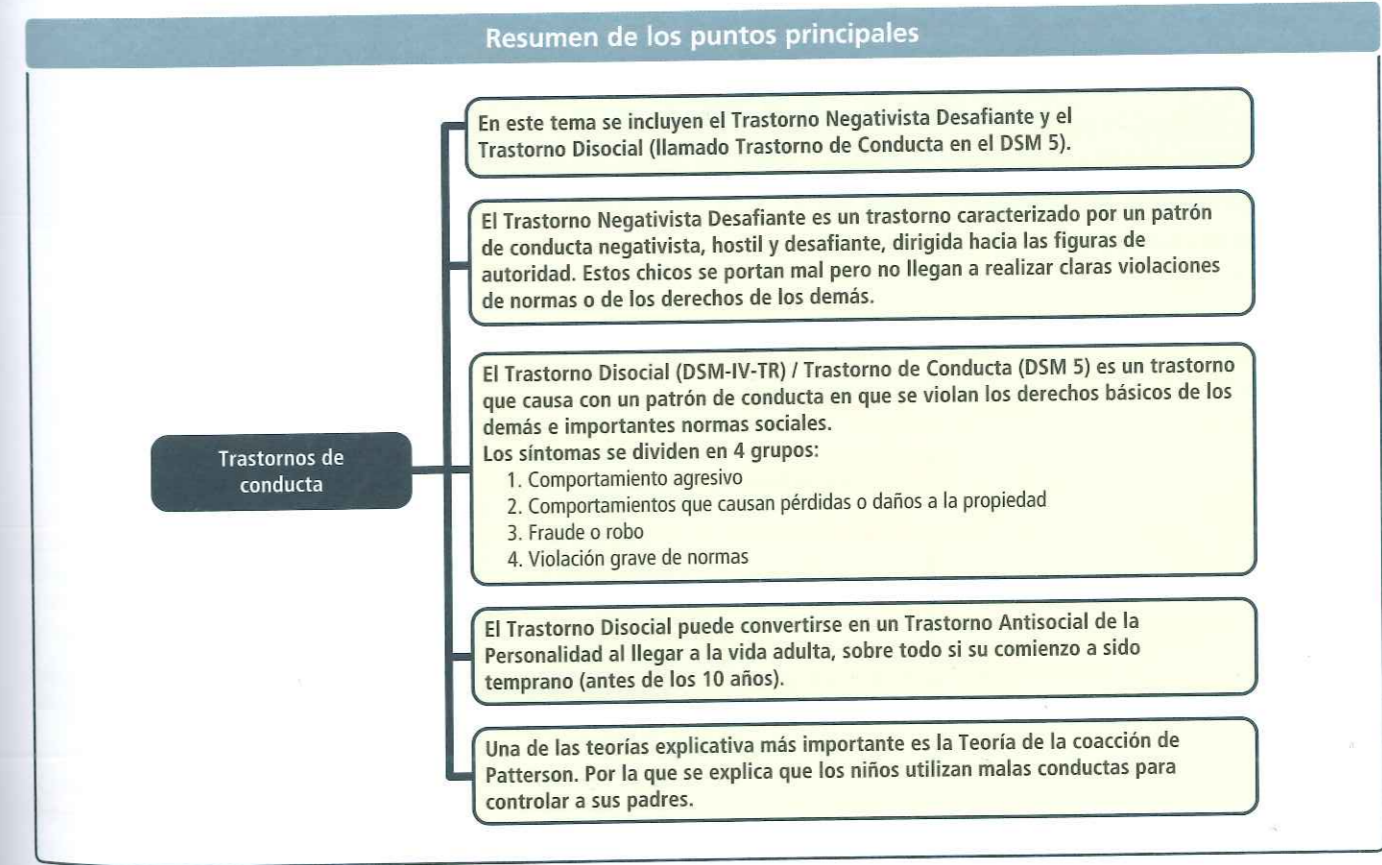
Son muchas las patologías que pueden estar en el origen del comportamiento antisocial de los jóvenes: problemas paternofiliales, abuso físico o sexual, negligencia de los padres...

Unidos de forma comórbida, pueden presentarte el trastorno disocial o el negativista desafiante. También puede haber consumo de sustancias, trastornos bipolares, parafilias, trastornos del control de impulsos o trastornos de personalidad (p. ej., antisocial).

Garrido (2000) encontró que la conducta delictiva aparece frecuentemente asociada a la psicopatía, sin embargo, esto no quiere decir que la presencia de psicopatía se acompañe siempre de delincuencia.

Intervención

(Para mayor información, consultar el Manual APIR de Tratamientos Psicológicos)



TEMA 9

TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS DSM 5

9.1. Clasificaciones internacionales

Tradicionalmente, el DSM ha incluido en su capítulo de *Trastornos de Inicio en la Infancia y la Adolescencia*, un apartado dedicado a los Trastornos de la Ingesta en esta etapa de la vida.

El DSM 5 rompe esta tendencia y los excluye de su capítulo de *Trastornos del Neurodesarrollo* y los reubica en el capítulo general que dedica a los *Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos*, junto con la Anorexia, la Bulimia, el Trastorno por Atracción y otros.

(Ver tablas 1 y 2)

PRINCIPALES CAMBIOS DSM 5

- El DSM-IV-TR incluía un apartado de Trastornos de la ingesta de inicio en la infancia y la adolescencia, dentro del capítulo de Trastornos de Inicio en la Infancia y la Adolescencia.
- En el DSM 5, estos trastornos de la ingesta se extraen del capítulo de Trastornos del Neurodesarrollo y se incluyen en el capítulo general de Trastornos de la Alimentación de la Ingestión de Alimentos.
- El Trastorno de la ingestión de alimentaria de la infancia o la niñez del DSM-IV-TR se reformula como Trastorno de Evitación/Restricción de la ingestión de comida en el DSM 5.

Tabla 2. Principales cambios DSM 5.

9.2. PICA

Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos que propone el DSM 5 permanecen invariables con respecto al DSM-IV-TR.

PICA (DSM-IV-TR Y DSM 5) (PIR01, 54; PIR03, 156)

- A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas por lo menos 1 mes.
- B. La ingestión de sustancias no nutritivas es inapropiada para la edad o el nivel de desarrollo del niño.
- C. La conducta ingestiva no forma parte de prácticas aceptadas culturalmente.
- D. Si aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (retraso mental o generalizado del desarrollo), es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Especificar si (DSM 5):

- En remisión: después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

Tabla 3. PICA (DSM-IV-TR y DSM 5).

DSM-IV-TR EN TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	DSM 5 TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS	CIE-10 EN OTROS TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
<p>TRASTORNOS DE LA INGESTA Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pica. - Trastorno por rumiación. - Trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o de la niñez. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pica. - Trastorno de rumiación. - Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de comida. - Anorexia nerviosa. - Bulimia nerviosa. - Trastorno por atracción. - Otro trastorno específico de la alimentación. - Trastorno de la alimentación no especificado. 	<p>OTROS TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enuresis no orgánica. - Encopresis no orgánica. - Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia. - T. de ingestión alimentaria de la infancia y la niñez. Incluye la rumiación. - Pica en la infancia. - Trastorno de estereotipias motrices. - Tartamudeo (espmofemia). - Farfulleo. - Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia no especificados. - Trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.

Tabla 1. Trastornos de la ingesta en CIE y DSM.

La CIE-10 solo lo diagnostica si se da aislado, a diferencia del DSM, que permite efectuar el diagnóstico de pica en presencia de otro trastorno mental si es de suficiente gravedad.

El DSM realiza una distinción según la edad, considera que en niños más pequeños se da una preferencia por la ingestión de pintura, yeso, cuerdas, cabellos o ropa. Mientras que en niños más mayores puede ser de tierra, excrementos, insectos, hojas o pequeñas piedras.

Puede ocasionar lesiones, infecciones u obstrucciones intestinales. A pesar que suele darse en niños con discapacidad intelectual, puede aparecer en niños con inteligencia normal.

Epidemiología y curso

Es un trastorno muy raro. Es frecuente que niños menores de 6 años ingieran este tipo de sustancias.

Lo más frecuente es que aparezca como un síntoma dentro de trastornos más generales, como el retraso mental o los TGD.

Suele iniciarse entre el primer y segundo año de vida. **No se diagnostica hasta los 2 años**, ya que durante el segundo año de vida es normal que el niño se lleve cosas de su alrededor a la boca como forma de exploración.

Suele comenzar en la infancia y tras unos meses tiende a desaparecer. Es raro que empiece o se mantenga durante la adolescencia o la edad adulta.

Es llamativo que se da un aumento de la frecuencia en mujeres embarazadas.

Diagnóstico diferencial

Entre los 18 y los 24 meses es frecuente que los niños se introduzcan cosas en la boca, pero esto no implica la presencia de pica (para ello es necesario que la conducta sea inapropiada para su nivel de desarrollo).

Ha de comprobarse que la pica no ocurre como síntoma dentro de otro trastorno como el retraso mental, el síndrome de Kleine-Levin, la esquizofrenia o los TGD. Si reviste suficiente gravedad, pueden diagnosticarse juntos.

Etiología

- Hipótesis psicodinámicas.

Las teorías psicodinámicas relacionan la pica con una insatisfacción de las necesidades orales bien por una privación maternal, bien como defensa oral de la crianza materna frente a la ansiedad.

También se ha relacionado con altos niveles de estrés en la familia.

- Hipótesis biológicas.

Algunas de estas hipótesis defienden que estas conductas se producen de manera instintiva para paliar algún déficit vitamínico o de minerales. Es más estudiado es el zinc (PIR13, 29).

Estas hipótesis se apoyan en algunos estudios en los que la suplementación con diversos minerales en la dieta consiguió que desapareciera la conducta de pica.

9.3. Rumiación

Criterios diagnósticos

Tradicionalmente conocido con el nombre de **mericismo** (PIR98, 167; PIR00, 163). En la CIE-10 se incluye dentro del

Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia y la niñez (PIR).

Los criterios diagnósticos del Trastorno de Rumiación permanecen sin cambios en el DSM 5.

RUMIACIÓN (DSM-IV-TR Y DSM 5)
(PIR00, 163; PIR01, 55; PIR02, 87; PIR04, 182)

- A. Regurgitaciones y nuevas masticaciones repetidas de alimento por lo menos 1 mes, después de un periodo de funcionamiento normal.
- B. La conducta en cuestión no se debe a enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (p. ej., reflujo esofágico).
- C. La conducta no aparece exclusivamente en el transcurso de una Anorexia Nerviosa o de una Bulimia. Si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de un Retraso Mental o un Trastorno Generalizado del desarrollo, son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Especificar si:

- En remisión: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

Tabla 4. Rumiación (DSM-IV-TR y DSM 5).

No es producido por náuseas, arcadas o disgusto. La regurgitación se produce de manera voluntaria (PIR).

Por lo general son niños muy hambrientos e irritables. Puede producir malnutrición e incluso muerte (25% de los casos).

Epidemiología y curso

Es un trastorno muy poco frecuente. Los datos que hay sobre su prevalencia o incidencia no son fiables.

Afecta principalmente a varones (PIR98, 167).

El trastorno suele iniciarse en el segundo semestre de vida (PIR98, 167). Generalmente el trastorno suele desaparecer espontáneamente, en algunos casos el curso puede mantenerse durante tiempo y en los casos más graves puede conducir a la muerte.

Diagnóstico diferencial

Debe distinguirse en primer lugar de anomalías congénitas y de enfermedades orgánicas que puedan provocar problemas digestivos (p. ej., reflujo gastroesofágico).

También hay que distinguirlo de los vómitos normales de la primera infancia: en la rumiación parece existir un control voluntario de la conducta. Así parece por los movimientos preparatorios que hacen al adoptar la postura arqueada característica.

Etiología

- Hipótesis psicodinámicas.

Lo explican como un intento de hacer frente a la sobrestimulación por parte de la madre y como una manifestación del fracaso en el desarrollo de las relaciones objetales.

- Hipótesis conductuales.

Se centran en el mantenimiento de la conducta debido a la capacidad reforzante que puede tener el volver a experimentar

el gusto de la comida o el aumento de la atención por parte de la madre.

- **Hipótesis biológicas.** Defienden que el comienzo del trastorno estaría relacionado con sucesos fisiológicos como el reflujo gastroesofágico.
- **Hipótesis multicausales.** Hoy en día se prefiere asumir un modelo multicausal en el que tener en cuenta factores psicológicos, sociales y biológicos que contribuyan de diferente manera al comienzo y mantenimiento del trastorno.

Tratamiento

- **Saciación o práctica masiva (PIR14, 210).**
- **Técnicas aversivas** como administrar un sabor desagradable en la comida o pequeñas descargas eléctricas de forma contingente con el inicio de las conductas de regurgitación.
- **Otros métodos** (de eficacia aún no demostrada a pesar de contar con buenos indicios). Refuerzo en forma de atención social y estimulación de forma no contingente con la rumiación.

9.4. Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia y la adolescencia (DSM-IV-TR) - Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (DSM 5)

Introducción

Además de la anorexia, la bulimia, los atracones, la pica y la rumiación existen otras alteraciones alimentarias. A continuación se enumeran algunos ejemplos:

- Que el niño coma poco.
- Problemas para masticar
- Problemas para tragar.
- Hábitos extraños de alimentación.
- Comportamientos molestos a la hora de comer.
- Retraso para comer solos.

TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS (DSM 5)

- A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:
 1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
 2. Deficiencia nutritiva significativa.
 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.
- B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
- C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.
- D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Especificar si:

- En remisión: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la ingestión de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

Tabla 6. Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (DSM 5).

Estos comportamientos han sido denominados tradicionalmente **anorexia precoz o rechazo alimentario** y eran estudiados desde una perspectiva psicósomática (Kreisler).

Criterios diagnósticos

El **DSM-IV-TR** englobaba los problemas de alimentación que acabamos de mencionar bajo el epígrafe diagnóstico de **Trastorno de la Ingestión Alimentaria de la Infancia y la Adolescencia**.

El **DSM 5** los denomina **Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingestión de Alimentos**.

Los criterios diagnósticos DSM-IV-TR y DSM 5 se muestran a continuación.

TRASTORNO DE LA INGESTIÓN ALIMENTARIA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (DSM-IV-TR) (PIR01, 56)

- A. Alteración de la alimentación manifestada por la **dificultad persistente para comer** adecuadamente, con incapacidad significativa **para aumentar de peso**, o con pérdidas significativas de peso, durante **al menos 1 mes**.
- B. La alteración **no se debe a una enfermedad** gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (p. ej., reflujo esofágico).
- C. El trastorno no se explica por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., rumiación) o por la no disponibilidad de alimento.
- D. El inicio es **anterior a los 6 años** de edad.

Tabla 5. Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancal y la adolescencia (DSM-IV-TR).

(Ver tabla 6)

Ya anticipamos que la CIE 10 incluye la rumiación en este apartado. La **CIE-10** propone una definición que combina la conducta de rumiación con el fracaso persistente de la capacidad para comer de forma adecuada, habiendo un cuidador suficientemente competente.

En general, estos niños son irritables y difíciles de controlar durante las comidas, pudiendo aparentar apatía y retraimiento.

La falta de alimentación puede provocar retrasos en el desarrollo y puede aumentar la irritabilidad.

Suelen rechazar los alimentos y presentar variaciones caprichosas. Puede acompañarse del trastorno por rumiación.

Ajuriaguerra diferencia entre:

- **Anorexia inerte.** El niño no coopera en la toma de alimentos, dejando que éstos se escapen de su boca.
- **Anorexia de oposición.** El niño presenta un rechazo manifiesto hacia la comida con chillidos, llanto, agitación y otras manifestaciones.

Epidemiología y curso

No es muy frecuente, pero puede tener graves repercusiones en la vida del niño. Se estima que ocupa entre el 1-5% de los ingresos hospitalarios pediátricos.

Suele iniciarse en las primeras etapas de la infancia (habitualmente en el primer año de vida).

En general tiende a remitir de forma espontánea. Lo habitual es que los niños, después de un periodo de tiempo variable recuperen el nivel de desarrollo de su edad.

Diagnóstico diferencial

Los problemas alimentarios son muy comunes a lo largo del desarrollo, por lo que es importante reservar el diagnóstico para aquellos casos en los que se produzcan grandes pérdidas de peso o gran incapacidad para ganarlo.

El trastorno no se diagnostica si se dan enfermedades orgánicas que puedan justificar la pérdida de peso.

Etiología

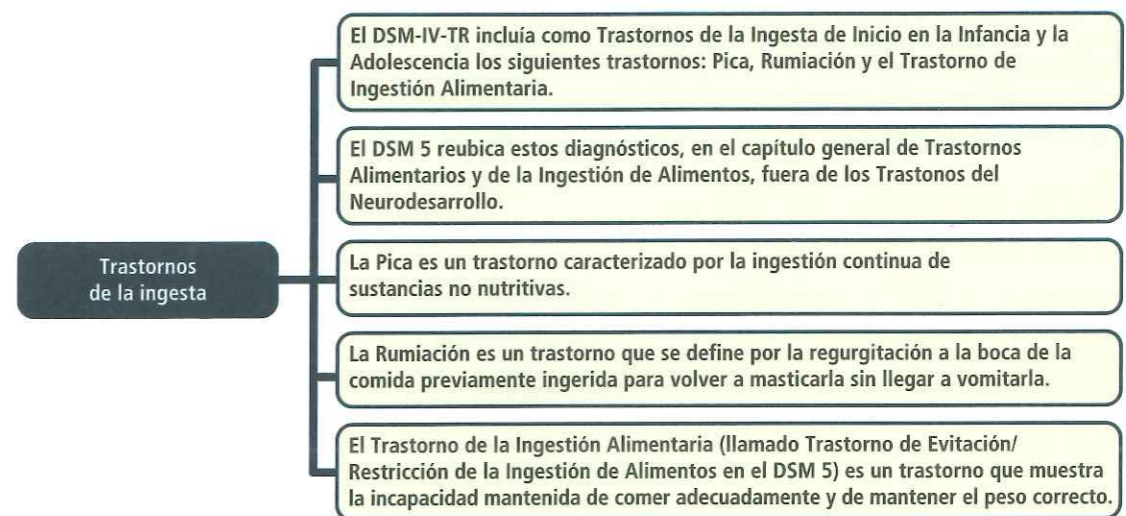
Aunque no se tienen muchos datos, se ha apuntado a problemas con la hora de la comida, negarse a comer determinados alimentos, tener hábitos inadecuados, retraso en tragar o masticar o seguir ayudando al niño a comer cuando podría hacerlo de forma más autónoma.

Tratamiento

Las técnicas preferidas para estos casos son las **conductuales**. Las más utilizadas son las técnicas de control de contingencias (coste de respuesta, moldeamiento, programas de reforzamiento...)

Otra técnica muy eficaz es el **entrenamiento de los padres** para superar el rechazo alimentario de sus hijos.

Resumen de los puntos principales



TEMA 10 TRASTORNOS DE LA EXCRECIÓN DSM 5

10.1. Clasificaciones internacionales

Como sucedía con los Trastornos de la Alimentación, tradicionalmente, el DSM ha incluido en su capítulo de Trastornos de Inicio en la Infancia y la Adolescencia, un apartado dedicado a los Trastornos de la Eliminación.

El DSM 5, sin embargo, los extrae de su capítulo de Trastornos del Neurodesarrollo y elabora con ellos un nuevo capítulo general llamado **Trastornos de la Excreción**.

(Ver tabla 1)

10.2. Enuresis

Introducción

Uno de los objetivos del desarrollo de los niños es conseguir el control de la micción. Al principio, la micción es un reflejo del músculo detrusor y de la relajación del esfínter que actúa ante la presión de la orina en la vejiga. Con el tiempo este reflejo se hace consciente y puede controlarse voluntariamente.

El desarrollo habitual del control de esfínteres supone que en primer lugar se consigue la continencia fecal, y después la continencia de la micción, primero diurna y después nocturna.

En el caso de la micción es entre los 2 y los 4 años cuando suele producirse el control de los esfínteres, encontrando que a los 2 años sólo la mitad de los niños presentan descontrol de esfínter vesical.

Hay que distinguir entre **enuresis funcional** (no es fruto de alteración orgánica) y la **enuresis orgánica** (producida por alteraciones orgánicas). Tanto el DSM como la CIE sólo permiten el diagnóstico de la enuresis de tipo funcional.

Criterios diagnósticos

El DSM-IV-TR y el DSM 5 presentan los mismos criterios diagnósticos para la Enuresis (ver tabla 2).

DSM-IV-TR EN TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	DSM 5 EN TRASTORNOS DE LA EXCRECIÓN	CIE-10 EN OTROS TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
Enuresis: - Nocturna. - Diurna. - Mixta. Encopresis: - Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento (retentiva). - Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento (no retentiva).	Enuresis: - Nocturna. - Diurna. - Mixta. Encopresis: - Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento (retentiva). - Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento (no retentiva). Otro trastorno de la excreción especificado. Trastorno de la excreción no especificado.	- Encopresis no orgánica. - Enuresis no orgánica.

Tabla 1. Trastornos de la eliminación en CIE y DSM.

ENURESIS (DSM-IV-TR Y DSM 5) (PIR03, 155; PIR04, 167; PIR09, 98PIR10, 26)
A. Emisión repetida de orina en sitios inapropiados (voluntaria o involuntariamente).
B. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios semanales durante al menos 3 meses consecutivos, o por la presencia de malestar significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o nivel de desarrollo equivalente) (PIR12, 204).
D. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico de una sustancia (diuréticos) ni a enfermedad médica (diabetes, infecciones espina bífida, trastorno convulsivo, etc.).
Especificar tipo: - Solo nocturna. - Solo diurna. - Nocturna y diurna.

Tabla 2. Enuresis (DSM-IV-TR y DSM 5).

La CIE-10 no incluye las emisiones voluntarias, solo las involuntarias (PIR01, 58). Propone un umbral de frecuencia diferente al DSM: al menos 2 veces al mes en niños de menos de 7 años y al menos 1 vez al mes en edades superiores o iguales a 7 años. La edad mínima para la CIE es de 5 años. Además si va acompañada de encopresis solo se diagnostica la encopresis (PIR).

Clasificaciones

(Ver tabla 3 en la página siguiente)

ORGÁNICA	FUNCIONAL	
Debida a alteración orgánica conocida	Sin alteración orgánica	
PRIMARIA (CONTINUA)	SECUNDARIA (DISCONTINUA)	
Continua desde el nacimiento 85% casos Más varones Alta tasa de remisiones espontáneas	Control esfínter al menos 6 m Asociada a problemas emocionales/estrés Más mujeres Poco probable que remita espontáneamente	
NOCTURNA	DIURNA	MIXTA
El tipo más frecuente Cualquier fase del sueño (aunque suelen aparecer en primer tercio noche)	Relacionado con ansiedad social o preocupación escolar Mas mujeres	Aparece de día y de noche
SIMPLE O MONOSINTOMÁTICA	COMPLEJA O POLISINTOMÁTICA	
No otros síntomas de problemas en la micción durante el día	Otras alteraciones como urgencia, disuria (dolor), gran frecuencia micción, infecciones urinarias...	

Tabla 3. Criterios de clasificación de la enuresis.

Según el momento de la incontinencia

- Nocturna.

Es el tipo más frecuente, aparece durante el sueño nocturno. Generalmente en el primer tercio de la noche, aunque los episodios de enuresis pueden aparecer en cualquiera de las fases del sueño (PIR13, 26).

- Diurna.

Ocurre exclusivamente durante el día (normalmente en días escolares, a primera hora de la tarde). Relacionado con ansiedad social o preocupación escolar. Es más frecuente en mujeres que en varones. Puede darse:

- Incontinencia por urgencia. Episodios súbitos de urgencia miccional dan lugar a fugas, inestabilidad del detrusor de la cistometría, y micciones frecuentes y poco abundantes. Se dan maniobras retentivas.
- Aplazamiento del vaciado. Retraso voluntario de la evacuación, reteniendo la orina más allá de lo deseable fisiológicamente. Se asocia con frecuencia a encopresis y conductas perturbadoras.
- Vacío disfuncional: contracción paradójica del esfínter externo durante el acto de orinar. El flujo de orina intermitente o fraccionado impide el vaciado total.

	TIPO I	TIPO IIA	TIPO IIB
PORCENTAJE DE CASOS	60%	10%	30%
ALTERACIÓN DEL DESPERTAR	Moderada	Grave	
FUNCIONAMIENTO VESICAL	Normal	Normal	Alterada

Tabla 4. Clasificación de la enuresis de la Universidad de Kioto.

- Mixta.

Aparece tanto de día como de noche. Si el niño tiene más de 6 años, debemos plantearnos si la enuresis es primaria o no (PIR95, 77).

Según el curso del problema (PIR)

- Continua (primaria).

El niño no ha demostrado nunca que pueda controlar la micción (PIR96, 190). Se da en el 85% de los casos. Se da más en varones y tiene una alta tasa de remisiones espontáneas.

- Discontinua (secundaria).

Aparece después de que el niño haya logrado el control de la orina al menos durante 6 meses (PIR03, 152). Se asocia a problemas emocionales o sucesos estresantes. Es más frecuente en mujeres. Suele aparecer a partir de los 5-6 años. Es poco probable que remita espontáneamente.

Según su complejidad

- Simple o monosintomática.

No va acompañada de otros síntomas de problemas en la micción durante el día.

- Compleja o polisintomática.

Hay otras alteraciones como urgencia, disuria (dolor), gran frecuencia en la micción, infecciones urinarias...

Clasificación de la Universidad de Kioto (Watanabe y Azuma, 1989)

Estos autores realizan una cuarta clasificación, exclusivamente de la enuresis nocturna, en función de la dificultad para despertar y según un funcionamiento normal o no de la vejiga (ver tabla 4).

En el Tipo I, la enuresis se produce en un estado de somnolencia. El niño pasa a un sueño más ligero cuando siente la vejiga llena, pero no llega a despertarse.

En el Tipo IIA no se experimenta ningún cambio en las fases del sueño al llenarse la vejiga. (medido mediante EEG).

En el Tipo IIB se da un mal funcionamiento de la vejiga durante el sueño, pero no durante la vigilia. Durante la noche se producen unas contracciones que no son interpretadas como verdaderas señales que deban despertar al niño. Estas contracciones son similares a las de los bebés, por lo que este tipo podría estar ocasionado por un funcionamiento vesical inmaduro.

Epidemiología y curso

Afecta a un 3-4% de los niños, pero varía en función de la edad y el sexo del sujeto. Disminuye con la edad y es más frecuente en varones. En las mujeres, los tipos más frecuentes son la diurna y discontinua.

Presenta alta comorbilidad con terrores nocturnos, por tanto, habitualmente se produce en el primer tercio de la noche (PIR16, 194), aunque podría darse en cualquier momento de la noche (PIR13,26).

Debe diagnosticarse a partir de los 5 años de edad, la mayoría de los niños van progresivamente consiguiendo el control de esfínteres y generalmente todos lo han alcanzado al llegar a la adolescencia, salvo un pequeño grupo que persiste durante la edad adulta.

El mejor pronóstico lo tiene la enuresis nocturna monosintomática (PIR12, 201).

Diagnóstico diferencial

<p>ENURESIS ORGÁNICA O INCONTINENCIA URINARIA (PIR)</p>	<p>Doley plantea que hay que prestar atención al diagnóstico diferencial con alteración orgánica sobre todo si la enuresis es diurna y polisintomática. No se diagnostica enuresis en caso de tener una vejiga neurogénica o una enfermedad orgánica que pueda causar poliuria o urgencia (como la diabetes) o en caso de infecciones urinarias. Puede realizarse el diagnóstico en los casos en los que la enuresis es anterior a la enfermedad orgánica.</p>
--	--

Tabla 5. Diagnóstico diferencial de la enuresis.

Etiología

A pesar de haberse formulado una gran variedad de hipótesis, en realidad ninguna de ellas explica el trastorno por completo. Actualmente se acepta una etiología multicausal.

Factores genéticos

La existencia de un patrón familiar es altamente frecuente en el caso de la enuresis. Se estima que hasta un 75% de los niños que padecen enuresis han tenido familiares de primer grado que también la han padecido y la concordancia es mayor entre gemelos monoigóticos que en dizigóticos, aunque no existe un modelo explicativo sobre esta cuestión.

Factores fisiológicos

En algunos casos se ha encontrado una hiperactividad del músculo detrusor que provocaría contracciones antes de lo debido y que haría que el niño mostrara urgencia por ir al baño muy a menudo. También se produce esta hiperactividad durante el sueño.

Durante el sueño la secreción de vasopresina (hormona antidiurética) evita tener que levantarse cada pocas horas para ir al baño. En estos niños la secreción de vasopresina podría estar disminuida.

Los niños con enuresis tardarían más en despertarse de lo normal ante señales tanto externas como internas.

Capacidad funcional de la vejiga limitada. Se conoce que los enuréticos expulsan menos cantidad de orina y lo hacen con más frecuencia. Algunas teorías apuntan a que esta capacidad funcional puede ser fruto de un hábito adquirido.

Menor maduración del sistema nervioso central y de las estructuras físicas requeridas para controlar la micción.

Hipótesis conductuales

La enuresis puede ser debida a un déficit de aprendizaje. Puede producirse por:

- Falta de aprendizaje de contracción del esfínter durante el sueño.
- No se da respuesta ante la vejiga llena.
- No se asociado la contracción del esfínter debido a la vejiga llena y el despertar.
- **Yates.**
Vejiga funcionalmente pequeña sumado a un reflejo de micción a niveles bajos de orina, sería suficiente para que se despierte.
- **Azrin.**
Relaciona la enuresis con malas contingencias sociales (condicionamiento instrumental).

Evaluación

El instrumento principal en la evaluación es la **entrevista** en donde se trata de recabar información acerca todas las variables que influyen en los episodios y datos acerca de su duración, frecuencia, despertares, antecedentes familiares, otros tratamientos...

Durante la entrevista deberá recabarse información sobre el control exacto que se tiene sobre los esfínteres (si es capaz de retrasar la micción, si se da urgencia, dolor, etc.). Importante explorar otras áreas del niño como la motricidad, lenguaje...

Otro instrumento útil en estos casos es el empleo de **registros**, tanto para determinar la frecuencia de los episodios enuréticos como la capacidad vesical o la presencia de despertares espontáneos por parte del niño.

Tratamiento

(Dada la elevada cantidad de preguntas PIR sobre este apartado, mantenemos la información fundamental en este Manual de Psicopatología y Clínica Infantil. No obstante, para mayor información, consultar el Manual APIR de Tratamientos Psicológicos)

BIEN ESTABLECIDO
<ul style="list-style-type: none"> - "Método de alarma" (Mowrer y Mowrer) - tratamiento de elección. - Entrenamiento en cama seca con alarma (Azrin, Sneed y Foxx). - Imipramina y Desmopresina.
PROBABLEMENTE EFICAZ
<ul style="list-style-type: none"> - Farmacoterapia: imipramina y desmopresina (tradicionalmente); oxibutinina. - Entrenamiento de amplio espectro en el hogar (Houts y Lieber).
EN FASE EXPERIMENTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Hipnosis (con deficiencias, muy criticada).
NO ESPECIFICADA EFICACIA
<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en retención voluntaria de Kimmel y Kimmel ("eficacia limitada"). - Entrenamiento en despertar (arousal training) de Van Londen. - Terapia motivacional de Martín y Miguez.

*Nota aclaratoria: si bien la *Guía de Tratamientos Psicológica Eficaces Volumen III* (Perez, M. et al, 2011) habla de la farmacoterapia en general como probablemente eficaz para el abordaje de la enuresis, otros manuales de referencia como el *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia* (Comeche, M.I. y Vallejo, M.A.), consideran la Imipramina y la Desmopresina como bien establecidos, razón por la cual así los consideramos en la tabla 6.

Tabla 6. Intervención en la Enuresis.

Tratamiento farmacológico

- **Imipramina.**
Antidepresivo tricíclico (PIR). No se conocen con certeza los mecanismos por los que funciona, pero su eficacia parece producirse con el uso continuado, aunque hay que tener en cuenta la aparición de efectos secundarios y el elevado número de recaídas al retirar la medicación.
- **Desmopresina.**
Antidiurético. Reduce los episodios enuréticos pero no logra eliminarlos y un elevado número de sujetos vuelve al nivel pretratamiento cuando se retira. Puede tener efectos secundarios.
- **Anticolinérgicos.**
Oxibutinina. Tiene un efecto antiespasmódico sobre los músculos de la vejiga. Algunos lo consideran el fármaco de elección para la enuresis diurna.

Tratamiento conductual

- **Método de alarma ("pipi-stop").**
Fue creado por Mowrer y Mowrer en 1938. Es el método más utilizado (PIR96, 189). Consiste en una almohadilla que absorbe la orina activando un circuito eléctrico que pone en funcionamiento una alarma que despierta al niño que ha de apagar manualmente la alarma (PIR95, 78). Es el método de elección para los niños con enuresis que presentan un umbral muy elevado para el despertar nocturno (PIR09, 169).

Hay dos posibles explicaciones:

- **Mowrer: condicionamiento clásico (PIR93, 51; PIR99, 155).**

Plantean el despertar como elemento central. El funcionamiento de la alarma fue descrito por sus autores como un proceso de condicionamiento clásico en el que un EI inicial (la distensión vesical) que produce una RI inicial (la relajación del esfínter y el inicio de la micción), quedaría asociado a un nuevo EI (la alarma) que produce una RI (despertarse, contraer el esfínter e inhibir la micción).

Tras varios ensayos de condicionamiento, la distensión vesical pasaría a convertirse en un EC produciendo de forma automática la RC de despertarse, contraer el esfínter e inhibir la micción.

De este modo, cuando el condicionamiento esté bien establecido, el niño se despertaría ante las señales de distensión vesical, antes del inicio de la micción, controlando así los episodios enuréticos.

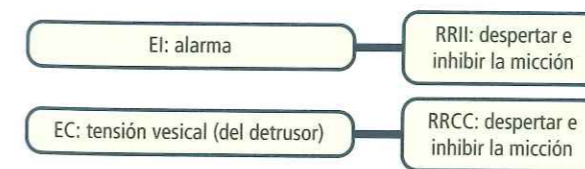


Figura 1. Explicación de Mowrer del método de alarma.

- **Lovibond: condicionamiento operante.**
Este autor defiende que se trata de un procedimiento de evitación en el que la contracción del esfínter y de contraer la micción evita que se active la alarma. Se trataría de un procedimiento de reforzamiento negativo por el que se evita el estímulo aversivo de la alarma siendo irrelevante si el niño se despierta o no.
- **Bragado (1999, 2002).**
Defiende que es más adecuado un modelo mixto para explicar la eficacia de la técnica. Por tanto son ambos proce-

dimientos (clásico y operante) que actúan conjuntamente. Con este método los niños aprenden a despertarse ante el deseo de orinar, a contraer el esfínter inhibiendo la micción ante la tensión de la vejiga, aumenta la capacidad de su vejiga y la cantidad de orina necesaria para que se necesite orinar.

Este método se ha mostrado eficaz en el 70-90% de los casos en 1-3 meses. Se producen recaídas en un tercio de los pacientes. Para reducir las se emplea:

- Procedimiento intermitente (la alarma sueña solo en algunas ocasiones).
- Sobreadaptación (al alcanzar el criterio aumentar los líquidos).

- **Entrenamiento en retención voluntaria (Kimmel y Kimmel).**
Se trata de un procedimiento de moldeamiento (aproximaciones sucesivas). El objetivo es incrementar la capacidad de la vejiga, haciendo que el niño aprenda a retener de forma voluntaria la orina y retrase la micción durante periodos de tiempo progresivamente más largos. Se le refuerza por los progresos.

Algunos autores añaden después ejercicios para fortalecer el esfínter: se entrena interrumpiendo la micción voluntariamente en varias ocasiones.

- **Entrenamiento en cama seca (Azrin, Sneed y Foxx, 1973).**
El procedimiento parte de un modelo operante: supone que la modificación de la enuresis necesita tener en cuenta también las consecuencias sociales que origina. Se trata de un programa multicomponente que incluye diversas estrategias (PIR13, 23) (ver tabla 7 en la página siguiente).

10.3. Encopresis

El término **encopresis** aparece por primera vez en 1920, considerándose equivalente a la enuresis en el ámbito del control fecal.

Muchos niños consiguen el control del esfínter anal entre los 2 y 3 años y la gran mayoría adquiere la habilidad de hacer las deposiciones en el váter antes de los 4 años.

Criterios diagnósticos

El **DSM-IV-TR** y el **DSM 5** presentan los mismos criterios diagnósticos para la Encopresis.

ENCOPRESIS (DSM-IV-TR Y DSM 5) (PIR07, 130)
A. Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados, sea involuntaria o intencionada.
B. Por lo menos 1 episodio al mes durante 3 meses.
C. La edad cronológica es de por lo menos 4 años (o nivel de desarrollo equivalente) (PIR12, 203).
D. El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (laxantes) ni a enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.
Especificar tipo:
- Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento (retentiva).
- Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento.

Tabla 8. Encopresis (DSM-IV-TR y DSM 5).

Aparato de alarma: estímulo discriminativo de consecuencias negativas (despertarse, lavarse, cambiar las sábanas...). El niño aprende a evitarla.
Despertar programado (escalonado): los padres despiertan al niño cada cierto tiempo para que vaya al servicio a orinar aunque no lo necesite. Los estímulos para despertarlo son cada vez menores (desvanecimiento). Es una de las principales dificultades para la realización de este tratamiento (PIR10, 162).
Ingestión de líquidos: se aumenta su ingesta durante la tarde-noche para incrementar la necesidad de orinar durante el sueño.
Entrenamiento en retención: adaptar el procedimiento de Kimmel y Kimmel
Consecuencias aversivas: tras un episodio enurético: - Entrenamiento en limpieza: dejar la cama como antes del episodio enurético (sobrecorrección sustitutiva: el niño al hacerse pis ha de apagar la alarma, ir al baño a acabar de orinar, quitarse la ropa y lavarse y cambiar la cama, volver a activar la alarma y dormir). - Práctica positiva: tras la limpieza debe practicar repetidamente la conducta a aprender (sobrecorrección de práctica positiva: el niño debe realizar todo el ritual de acostarse, apagar la luz y contar hasta 20, entonces debe pensar que tiene ganas de orinar, enciende la luz y va al baño a hacer pis y después vuelve a la cama. El método original pedía hasta 20 repeticiones. En la actualidad, se exigen tres repeticiones de la secuencia de práctica positiva.) Su objetivo es entrenar al niño en el hábito de despertarse y levantarse rápidamente de la cama e ir al baño.
Consecuencias positivas: se introducen premios (elogios, alabanzas o pequeños regalos) como reforzamiento positivo de las conductas adecuadas como el tener la cama seca o retrasar la micción.

Tabla 7. Componentes del programa de entrenamiento en cama seca.

ENCOPRESIS (DSM 5)	
A. Excreción repetida de heces en lugares inapropiados (p. ej., en la ropa, en el suelo), ya sea involuntaria o voluntaria.	
B. Al menos uno de estos episodios se produce cada mes durante un mínimo de tres meses.	
C. La edad cronológica es de por lo menos 4 años (o un grado de desarrollo equivalente).	
D. El comportamiento no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., laxantes) u otra afección médica excepto por un mecanismo relacionado con el estreñimiento.	
Especificar si: - Con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento: existen pruebas de la presencia de estreñimiento en la exploración física o la historia clínica. - Sin estreñimiento e incontinencia por desbordamiento: no existen pruebas de la presencia de estreñimiento en la exploración física o la historia clínica.	

Tabla 9. Encopresis (DSM 5).

La **CIE-10** lo denomina Encopresis no orgánica. Lo considera un trastorno consistente en la presencia reiterada de deposiciones voluntarias o involuntarias de heces de consistencia normal o anormal, en lugares no adecuados.

Puede aparecer tras un periodo de control de esfínteres o ser la expresión del mantenimiento de la incontinencia fisiológica infantil. Puede aparecer aislado o dentro de un síndrome más amplio como un trastorno disocial.

Exige que dure como mínimo 6 meses.

Tipos:

- Fracaso en la adquisición del control esfinteriano.
- Con deposiciones en lugares inadecuados y control esfinteriano normal.
- Con deposiciones líquidas por rebosamiento secundario a retención.

Generalmente ocurre durante el día, la encopresis nocturna es menos frecuente.

Clasificaciones

EN FUNCIÓN DE SI EXISTE O NO ESTREÑIMIENTO	EN FUNCIÓN DEL CURSO
Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento (encopresis retentiva)	Continua (primaria)
Sin estreñimiento ni incontinencia (encopresis no retentiva)	Discontinua (secundaria)

Tabla 10. Criterios de clasificación de la encopresis.

En función de si existe o no estreñimiento (PIR)

- Retentiva.

La retención se ha mantenido durante un periodo elevado de tiempo (cerca de dos semanas) lo que provoca un agrandamiento del colon (megacolon psicógeno). Las primeras deposiciones son por rebosamiento y son de escasa consistencia y cantidad. El resto requieren un esfuerzo para su vaciado, dando lugar a heces duras que pueden provocar dolor durante la defecación. Es la forma de encopresis más frecuente (PIR14, 158).

- No retentiva.

Las heces son de consistencia normal, siendo la aparición de éstas intermitente.

En función del curso del problema

- Continua (primaria).

Se produce sin que el niño haya alcanzado en ningún momento el control de los esfínteres.

- Discontinua (secundaria).

El niño ha demostrado por lo menos durante más de 12 meses (generalmente el criterio señalado es un tiempo superior al año, pero en algunos manuales se alude a un tiempo superior a los seis meses) que controla sus deposiciones (PIR05, 79).

Epidemiología y curso

Se estima que el 1,5% de la población infantil presentan encopresis, disminuyendo este porcentaje en la adolescencia.

Es más frecuente en varones que en mujeres, en una proporción de 4 varones por cada mujer.

La encopresis retentiva es mucho más frecuente que la no retentiva (supone un 80% de los casos).

También se conoce que es mucho más frecuente la diurna que la nocturna.

Es frecuente que los niños presenten otros problemas concomitantes como conductas de evitación social, trastornos conductuales (negativista desafiante, etc.) o enuresis.

Por definición no se diagnostica hasta los 4 años.

Es muy frecuente la comorbilidad con la enuresis.

Generalmente va remitiendo con la edad y prácticamente va desapareciendo en la pubertad y adolescencia. Se produce una alta tasa de remisiones espontáneas.

Diagnóstico diferencial

Se deben diferenciar los casos de encopresis como consecuencia de una enfermedad orgánica (p. ej., espina bifida) o por ingesta de sustancias.

Etiología

Hipótesis biológicas

Consideran el trastorno como una **falta de maduración neurológica**.

Otras hipótesis apuntan a un recto más distendido de lo normal (**megacolon**) como consecuencia de la retención fisiológica, lo que deteriora su función. Esto a su vez produce un deterioro de la sensación de plenitud real. Cuando las heces permanecen retenidas durante tiempo se vuelven duras y secas, por lo que empeoran las molestias de la defecación.

El estreñimiento inicial puede haber tenido un origen en la **dieta, pobre ingesta de líquidos, medicaciones**.

Hipótesis psicodinámicas

Consideran la encopresis fruto de un conflicto inconsciente relacionado con ansiedad de separación, agresión contra un mundo hostil o como efecto de la separación de la madre entre las fases oral y anal.

También puede deberse a una fijación en alguna etapa o puede aparecer como resistencia o fracaso a la aceptación de las normas sociales.

Hipótesis conductuales

Se dirigen sobre todo a una enseñanza inadecuada o a un fallo en el aprendizaje con antecedentes de continuo fracaso en el control de esfínteres:

- Las señales producidas por la distensión rectal y la relajación del esfínter anal no se convierten en ED (estímulos discriminativos) para las conductas de retención temporal y de defecación.
- Puede producirse una asociación entre el dolor y el miedo y la retención.
- Falta de refuerzo adecuado.

Evaluación

En la **entrevista** debe delimitarse el tipo de encopresis, para conocer si es primaria o si es secundaria y conocer los factores am-

bientales que pueden formar parte del origen o mantenimiento del problema. También es importante saber si la encopresis es o no retentiva, así como si hay dolor, si el niño tiene miedo, la dieta y el ejercicio físico.

También deben evaluarse **otros posibles problemas concomitantes**: TDAH, tr. Disocial, fobias, problemas académicos, problemas familiares u otros. Es importante conocer los intentos anteriores de tratamiento y los posibles factores que han intervenido en su fracaso.

Con los **registros conductuales** se conocerá la frecuencia de las deposiciones, los episodios encopréticos, las condiciones antecedentes y consecuentes, si el niño percibió la necesidad de ir al baño...

Tratamiento

(Para mayor información, consultar el Manual APIR de Tratamientos Psicológicos)

Por el momento no existe ningún tratamiento bien establecido. Hay 4 tratamientos que son considerados como **probablemente eficaces**:

1. Tratamiento médico (sin fibra) + reforzamiento positivo.
2. Tratamiento médico completo + reforzamiento positivo.
3. Tratamiento conductual (refuerzo positivo y relajación del esfínter al defecar) + tratamiento médico completo.
4. Tratamiento médico completo + BF centrado en la contracción paradójica.

Tabla 11. Intervención en la encopresis.

Ninguna parte de estos tratamientos ha probado su eficacia por separado (PIR10, 160). No se sabe cuáles son los elementos responsables del éxito, ni para qué tipo de pacientes están más indicados.

Tratamiento médico

Enemas y laxantes: indicados para promover defecaciones regulares no dolorosas o molestas. Puede indicarse un consumo habitual de laxantes durante 3-6 meses para instaurar unos hábitos adecuados de defecación.

Estas medidas se suelen completar con la recomendación de una **dieta alta en fibra** y aumentar la ingesta de líquidos.

En algunos casos se ha administrado **imipramina** por sus propiedades antiespasmódicas que supondrían un efecto inhibitorio sobre el esfínter anal. Pero su uso ha de restringirse a la encopresis no retentiva para no agravar el estreñimiento en el caso de la encopresis retentiva.

Técnicas conductuales

Los objetivos son:

- Enseñar a instaurar conductas implicadas en la continencia.
- Disminución de las respuestas emocionales de ansiedad y temor al ir al baño.
- Establecimiento de hábitos defecatorios regulares.
- Reorganización las condiciones ambientales (antecedentes/consecuentes) que permitan modificar las conductas objetivo.
- Corrección de pautas anómalas de defecación.

Son varias las técnicas empleadas desde este tipo de tratamiento (PIR13, 132):

- El **reforzamiento positivo** se utiliza en todos los tratamientos. Se refuerzan tres conductas: sentarse en el retrete en el momento adecuado (después de las comidas), defecar en el retrete y permanecer limpio. Suele aplicarse mediante economía de fichas y con reforzadores sociales.
- El **reforzamiento negativo** se utiliza para que el niño evite tener que limpiar lo ensuciado o para evitar enemas.
- El **castigo** se aplicaría a través de la práctica positiva, el entrenamiento en limpieza y la sobrecorrección, aunque lo aconsejable es combinarlo con otras técnicas.
- **Desensibilización** para fomentar respuestas incompatibles con la ansiedad.
- **Entrenamiento en hábitos de defecación.** Para que el niño establezca unas pautas correctas de defecación se le recomienda que se siente en el retrete después de las comidas y especialmente después del desayuno, momento en que los reflejos intestinales son más fuertes. Se trata de que el niño aprenda un encadenamiento de conductas: el niño se levanta, desayuna, pasados unos 15-20 minutos se sienta en el retrete hasta que defeque y entonces se le refuerza. Esta cadena puede repetirse tras cada comida. Para facilitar la evacuación pueden utilizarse laxantes o enemas que se retiraran poco a poco.
- **Biofeedback.**

10.4. Otro trastorno de la excreción especificado (DSM 5)

El **DSM 5** incluye esta categoría diagnóstica, con las siguientes indicaciones para su diagnóstico:

OTRO TRASTORNO DE LA EXCRECIÓN ESPECIFICADO (DSM 5)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la excreción que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de excreción. La categoría de otro trastorno de la excreción especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de la excreción específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de la excreción especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "enuresis de baja frecuencia").

Tabla 12. Otro trastorno de la excreción especificado (DSM 5).

10.5. Trastorno de la excreción no especificado (DSM 5)

El **DSM 5** incluye esta categoría diagnóstica, con las siguientes indicaciones para su diagnóstico:

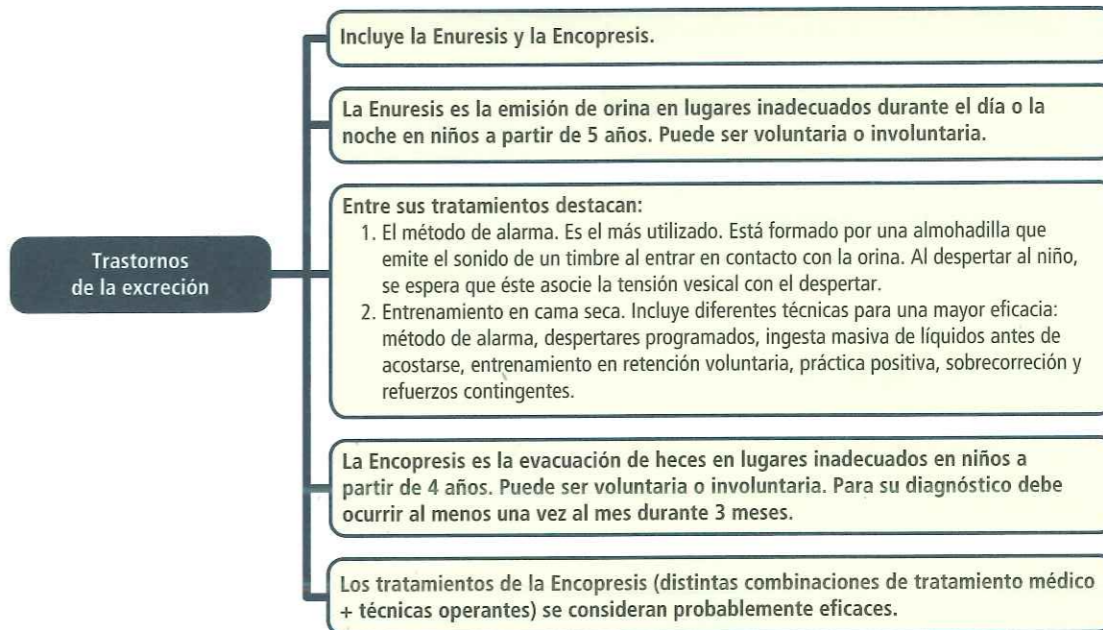
TRASTORNO DE LA EXCRECIÓN NO ESPECIFICADO (DSM 5)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la excreción que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la excreción.

La categoría del trastorno de la excreción no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno de la excreción específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Tabla 13. Trastorno de la excreción no especificado (DSM 5).

Resumen de los puntos principales



TEMA 11

OTROS TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (DSM-IV-TR)

11.1. Clasificaciones internacionales

El DSM-IV-TR incluía un apartado de Otros Trastornos de Inicio en la Infancia y la Adolescencia dentro de su capítulo de Trastornos de Inicio en la Infancia y la Adolescencia.

El DSM 5 reubica los diagnósticos antes aquí contenidos en distintos apartados, como puede apreciarse en las tablas 1 y 2.

PRINCIPALES CAMBIOS DSM 5

- Trastorno de movimiento estereotipados dentro de Trastornos Motores en el capítulo de Trastornos del neurodesarrollo (ya visto en el Tema 6).
- Trastorno de ansiedad por separación y Mutismo selectivo en Trastornos de ansiedad.
- El Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia en Trastorno asociados a trauma y factores de estrés como: Trastorno de apego reactivo y Trastorno de relación social desinhibida.

Tabla 2. Principales cambios DSM 5.

11.2. Trastorno de ansiedad por separación

Criterios diagnósticos

La ansiedad de separación es un fenómeno primario que sirve para proteger al niño durante los primeros años. Se trata de un miedo básico, es de los primeros que aparece, a partir de él pueden ir apareciendo otros problemas más específicos.

En el DSM 5, este diagnóstico se incluye dentro del capítulo de Trastornos de Ansiedad. Los cambios que se establecen con respecto a los criterios propuestos por el DSM-IV-TR, como se puede ver en las tablas 3 y 4 (ver en la página siguiente) son:

- Duración.
El DSM 5 establece una duración mínima de seis meses para el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad por Separación en el adulto.

- Se elimina la necesidad de que el inicio de la alteración tenga lugar antes de los 18 años.
- Se incluye un criterio de exclusión con respecto a otros trastornos mentales.

La CIE-10 lo denomina Trastorno por separación en la infancia (PIR05, 67) y, a diferencia del DSM-IV-TR, requiere que el inicio sea antes de los 6 años.

Entiende que se trata de una ansiedad excesiva ante la separación de individuos con los que el niño está vinculado. Además, apunta que es frecuente que la angustia relacionada con el rechazo escolar sea la expresión de una ansiedad de separación (PIR10, 159), aunque no ocurre así siempre.

Durante la adolescencia, puede darse un rechazo escolar no relacionado con la ansiedad de separación y por tanto no se realizaría este diagnóstico al menos que la ansiedad se hubiera manifestado con anterioridad.

Las manifestaciones de este trastorno varían desde los momentos previos a la separación en los que se dan manifestaciones de ansiedad y temor, a las que se dan una vez se ha producido la separación, aquí es más frecuente la tristeza.

Ante la separación quieren saber el paradero de sus padres, por ejemplo, a través de llamadas telefónicas. Suelen mostrarse nostálgicos y desgraciados. Pueden expresar sentimientos de apatía, tristeza, falta de implicación en actividades o por el contrario enfurecerse, enrabietarse y tener conductas agresivas.

Estos niños pueden ser muy absorbentes requiriendo atención continua de sus padres.

El TAS puede ser más o menos grave clínicamente. Las formas más graves pueden producir notable deterioro del desarrollo personal y social (por ejemplo, por el rechazo a ir al colegio y relacionarse con desconocidos).

Son frecuentes los miedos y las fobias específicas (a animales, monstruos, ladrones, raptos, accidentes de coche, etc.) (PIR09, 94).

Son también muy comunes los problemas relacionados con el sueño, tales como las pesadillas o los derivados del rechazo a irse a dormir.

DSM-IV-TR (PIR)	DSM 5 EN VARIOS CAPÍTULOS	CIE-10
<p>OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ O ADOLESCENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de ansiedad por separación. - Mutismo selectivo. - Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez. - Trastorno de movimientos estereotipados. 	<p>EN TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO</p> <p>Trastornos motores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de movimientos estereotipados. <p>EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de ansiedad por separación. - Mutismo selectivo. <p>EN TRASTORNOS POR TRAUMA Y ESTRÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de apego reactivo. - Trastorno de relación social desinhibida. 	<p>TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mutismo electivo. - Trastorno de ansiedad por separación. - Trastorno de vinculación de la infancia reactivo. - Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido. - Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia. - Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación.

Tabla 1. Otros trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia en CIE y DSM.

TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN (DSM-IV-TR) (PIR99, 196; PIR02, 106; PIR03, 157; PIR07, 121)

- A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por 3 o más de las siguientes circunstancias:
1. Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.
 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño.
 3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., perderse o ser secuestrado).
 4. Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
 5. Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares.
 6. Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa.
 7. Pesadillas repetidas con temática de separación.
 8. Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación.
- B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.
- C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- Inicio temprano: si el inicio es anterior a los 6 años de edad.

Tabla 3. Trastorno de ansiedad por separación (DSM-IV-TR).

TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN (DSM 5)

- A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:
1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
 3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
 4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
 5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
 6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
 7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
 8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.
- B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.
- C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Tabla 4. Trastorno de ansiedad por separación (DSM 5).

Epidemiología y curso

Afecta en torno al 3-4% de los niños o adolescentes. En general los trastornos de ansiedad afectan más a las niñas que a los niños, tanto en la infancia como en la adolescencia. El Trastorno de Ansiedad por Separación también cumple con esta norma afectando más a niñas que a niños en una proporción de 2:1.

Su inicio temprano se identifica antes de los 6 años, aunque la edad típica de aparición es a los 9 años. Normalmente aparece entre los 6 y los 11 años tras un acontecimiento estresante (PIR06, 112).

El sujeto suele experimentar cambios en su intensidad a lo largo del tiempo.

La ansiedad de separación no suele perdurar hasta la vida adulta, sin embargo, puede ser el inicio de otros trastornos en la edad adulta como el trastorno de pánico (PIR09, 92; PIR11, 96), la agorafobia (PIR95, 64) o la depresión.

Diagnóstico diferencial (PIR01, 93)

- **Fobia escolar.**
En este caso la ansiedad se produce en exclusiva ante el colegio. El rechazo a ir al colegio puede aparecer asociado a otros trastornos como la ansiedad excesiva, de evitación o la depresión, por lo que su valor diagnóstico es poco claro. Echeburúa establece como características principales los detallados en la **tabla 5**.
- **Trastorno por ansiedad excesiva (TAE).**
- **Trastorno por evitación (TPE).**
Bragado (1994) resume de esta manera sus características diferenciales (ver **tabla 6**).
- **Ansiedad por separación sin trastorno.**
La ansiedad de separación es normal a ciertas edades, por ello para realizar el diagnóstico es necesario que se produzca un malestar o deterioro significativo.
- **Angustia con agorafobia.**
Cuando el TAS aparece en adolescentes o adultos debe realizarse el diferencial con la agorafobia. En este caso el miedo está asociado a tener los síntomas de un ataque de pánico.

	ANSIEDAD POR SEPARACIÓN	FOBIA ESCOLAR
EDAD MEDIA	9	14
SEXO	Más en niñas	Más en niños (PIR)
CLASE SOCIAL	Media-baja	Media-alta
T. ASOCIADOS	Frecuentes	Menos frecuentes
MIEDOS ASOCIADOS	Muy frecuentes	Menos frecuentes
RECHAZO ESCOLAR	Muy frecuente	Siempre
TRASTORNOS EN LAS MADRES	Muy frecuentes	Menos frecuentes

Tabla 5. Diagnóstico diferencial Ansiedad por separación VS Fobia escolar.

	TAS	TAE	TPE
EDAD MEDIA	9	13,5	12,5
SEXO	Predominio de mujeres	Predominio de mujeres	Predominio de mujeres
CLASE SOCIAL	Predominio media-baja	Predominio media-alta	Sin predominio
OTROS TRASTORNOS	Depresión mayor Trastornos de ansiedad excesiva secundario	Depresión mayor Trastornos de ansiedad de separación primario	Normalmente asociado a otros trastornos de ansiedad
CURSO	Puede remitir espontáneamente o aumentar ante estresores	Tendencia a la cronificación o remisión espontánea	Tendencia a la cronificación o remisión espontánea
CARACTERÍSTICAS FRECUENTES	Rechazo al colegio Otros miedos (oscuridad, animales...)	Temor al fracaso Fobia social Hábitos nerviosos Timidez, aislamiento social	Poca asertividad Escasas habilidades sociales

Tabla 6. Diagnóstico diferencial Ansiedad por separación VS TAE y TPE (PIR).

Tanto la angustia como la agorafobia se han asociado con el TAS: las personas que han padecido de TAS en la infancia tienen más posibilidades de presentar el trastorno de angustia y/o la agorafobia en la vida adulta. El TAS puede ser un antecedente del trastorno de angustia y/o de la agorafobia.

- Trastorno disocial.

En este caso el rechazo a ir al colegio es un acto de rebeldía y de rechazo hacia las normas y no una expresión de la ansiedad y el miedo a separarse de los padres.

Etiología

Se conoce que la etiología es multicausal. Se acepta un **modelo de vulnerabilidad-estrés**. Como factores de vulnerabilidad se barajan:

- Factores hereditarios.
 - Temperamento.
 - Inhibición conductual (mostrarse tímido).
 - Estilo educativo sobreprotector de los padres, especialmente de la madre.
 - Relación insegura con el cuidador.
 - Problemas psicopatológicos de los padres.
 - Estilo cognitivo que interpreta el mundo como hostil y amenazante.
- Predominio de atribuciones internas de los fracasos con un estilo de afrontamiento autorreferente, con focalización atencional y lentitud en la toma de decisiones. Predominancia de respuestas evitativas, preocupaciones excesivas y no realistas.

Evaluación

Se ha de recoger información de diferentes informantes a través de **entrevistas, cuestionarios** y escalas. También pueden utilizarse **autoinformes** y **registros psicofisiológicos**.

Se deberá recoger información sobre los distintos tipos de respuestas, los antecedentes y consecuentes, los contextos donde aparece el problema y el grado de malestar producido.

Pueden utilizarse los siguientes instrumentos de evaluación:

PRUEBAS ESPECÍFICAS
La entrevista para los trastornos de ansiedad para niños (<i>Anxiety Disorders Interview Schedule for children- ADIS-C</i>) Silverman, Albano Barlow, 1996.
La forma de evaluación de ansiedad para niños (<i>Children's Anxiety Evaluation Form</i>) Hoerhn-Saric, Maisami y Weigand, 1987.
Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo para niños (STAIC) Spielberger, 1973.
Escala de Ansiedad Manifiesta para niños Revisada (<i>Revised Children's Manifest Anxiety Scale, RCMAS</i>) Reynolds y Richmond, 1985.
Cuestionario de Ansiedad por separación de inicio temprano (CASIT) de González y Méndez.
Pruebas de evaluación conductual para examinar la reacción del niño.
Escalas de estimación (termómetro de miedos y test de caras) para evaluar el grado de miedo del niño.

Tabla 7. Pruebas de evaluación del Trastorno de ansiedad por evaluación.

Tratamiento

(Para mayor información, consultar el Manual APIR de Tratamientos Psicológicos)

Tratamiento farmacológico

No es un tratamiento de primera elección aunque es muy empleado.

No debe emplearse en niños menores de 6 años.

Se han utilizado **antidepresivos y ansiolíticos** (PIR15, 81) pero en menor medida por los efectos secundarios adversos y la posible dependencia.

Tratamiento cognitivo-conductual

Es similar a los tratamientos de ansiedad utilizados en adultos pero adaptados a las características del niño.

En general las intervenciones se dirigen a los temores concretos en los que se asocia una conducta de evitación, pero pocas posibilidades existen para ansiedades más generalizadas.

El tratamiento más aplicado es la **exposición en vivo** a los estímulos que se evitan: el alejamiento de los padres, ir al colegio, quedarse solo, etc., junto a la exposición se emplean estrategias de afrontamiento como la relajación o las técnicas de respiración.

11.3. Mutismo selectivo

Criterios diagnósticos

El trastorno fue descrito por primera vez en 1877 por **Kaussmaul** que lo consideraba una afasia voluntaria. **Tramer** lo denominó **"mutismo electivo"** en 1934, no perdiendo su carácter supuestamente voluntario hasta el DSM-IV.

En el **DSM 5**, este diagnóstico se incluye dentro del capítulo de **Trastornos de Ansiedad**, manteniendo sin cambios los criterios diagnósticos.

MUTISMO SELECTIVO (DSM-IV-TR Y DSM 5) (PIR97, 209; PIR98, 171; PIR99, 200; PIR01, 60; PIR04, 168)
A. Incapacidad persistente por hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones o en situaciones generales ante personas ajenas al ámbito íntimo.
B. La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.
C. La duración de la alteración es de por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela).
D. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.
E. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (p. ej., tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Tabla 8. Mutismo selectivo (DSM-IV-TR y DSM 5).

La **CIE-10** lo denomina **Mutismo electivo** y propone como criterios diagnósticos:

- Un nivel de comprensión del lenguaje normal o casi normal.
- Una capacidad de expresión del lenguaje suficiente para la comunicación social.
- Presencia demostrable de que el paciente puede hablar y habla normalmente en algunas situaciones concretas.

Olivares y cols. plantean una definición operativa del trastorno en 2002, que incluye las siguientes características:

- Descenso generalizado de la frecuencia de ocurrencia de la conducta verbal.
- Negativa persistente a hablar en situaciones sociales específicas o con carácter general ante personas ajenas al ámbito íntimo.
- Existencia de comunicación oral espontánea con algún amigo íntimo y/o familiar de acuerdo a la edad y grupo cultural de referencia para el sujeto.
- Inexistencia de cualquier otro problema de orden psicológico o somático, de conocimiento y/o fluidez en la ejecución del lenguaje oral que pudiera justificar el mutismo selectivo.
- Duración del trastorno al menos un mes, no coincidiendo con el primer mes de escolarización del niño o con su traslado a un centro distinto.

Epidemiología y curso

Es un trastorno muy poco frecuente. Su prevalencia se sitúa por debajo del 1%.

Parece ligeramente mayor en niñas.

Su inicio suele ser anterior a los cinco años, sin embargo puede que no se haga patente hasta que se comience la escuela.

Suele durar varios meses y luego remitir de manera espontánea, aunque en algunos casos puede persistir durante años.

Suele asociarse a conductas oposicionistas (PIR05, 66).

Diagnóstico diferencial

OTROS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN	- Se diferencian en que los otros trastornos de la comunicación aparecen de manera generalizada, mientras que el mutismo solo aparece en determinadas situaciones.
SÍNDROME DE RECHAZO GENERALIZADO	- Niños que realizan un rechazo a la motilidad, habla o autocuidado. - No quieren comer y prefieren permanecer en cama. Se aíslan socialmente y rechazan cualquier ayuda poniendo en peligro su vida. - A pesar de no tener ninguna base orgánica o psiquiátrica, los padres afirman que son niños con aumento de la autoexigencia y del rendimiento general y poca tolerancia a la frustración.

Tabla 9. Diagnóstico diferencial del Mutismo selectivo.

Etiología

Modelos biológicos

Relacionan el trastorno con un **retraso psicomotor** o con la **inmadurez del desarrollo**.

Algunas hipótesis apuntan a una **alteración del cerebelo**.

Además existiría una predisposición biológica para desarrollar el trastorno, concretamente el rasgo temperamental de "inhibición conductual".

Modelos psicológicos

Consideran el mutismo selectivo una **respuesta aprendida**. Procesos implicados en su adquisición y mantenimiento: condicionamiento directo (clásico y operante) aprendizaje vicario y transmisión de información. El principal mecanismo que mantiene el trastorno es el refuerzo negativo (PIR15, 57).

Modelos integradores

Olivares, Méndez y Maciá (1996) defienden que el origen del trastorno es multicausal y multidimensional con 3 fases: vulnerabilidad, génesis y desarrollo, y mantenimiento.

Evaluación y tratamiento

(Para mayor información, consultar el Manual APIR de Tratamientos Psicológicos)

En primer lugar se deben descartar problemas médicos, déficits intelectuales o déficits lingüísticos.

El tratamiento básico está formado por **técnicas de exposición + manejo de contingencias** (técnicas operantes) (PIR07, 139; PIR09, 177; PIR10, 158).

Suelen emplearse las siguientes técnicas conductuales:

- El reforzamiento.
- El desvanecimiento: es muy utilizado. Consiste en retirar progresivamente las personas o las situaciones en las que el niño habla, para que vaya hablando en situaciones en las que antes no lo hacía (PIR13, 135).
- Economía de fichas.
- El moldeamiento.
- La instigación.

Olivares y cols. (1993) utilizan el **autodelado gradual filmado y trucado (AGFT)**, que es un programa multicomponente formado por:

- Autodelado.
- Exposición gradual.
- Manejo de contingencias.

Consiste en la grabación del niño con una cámara oculta hablando con sus padres y después se elabora un trucaje para que parezca que el niño habla con otras personas. El niño es expuesto a la grabación de sí mismo (autodelado) a una jerarquía gradual de secuencias de la grabación a través de cinco fases (desde el monosílabo hasta el habla espontánea).

Posteriormente y una vez que el niño accede, sus compañeros de clase ven la parte de la jerarquía superada por el niño.

Durante la exposición el niño recibe tanto refuerzo social vicario como material directo y contingente.

Este tratamiento se utiliza con niños de entre 3 y 6 años que todavía no distinguen entre la realidad y la grabación trucada.

11.4. Trastorno de movimientos estereotipados

El **DSM-IV-TR** incluía el Trastorno de Movimientos Estereotipados en este apartado de Otros Trastornos de Inicio en la Infancia y la Adolescencia.

Como hemos visto en el **tema 6**, el actual **DSM 5** lo reubica dentro del apartado de Trastornos motores, dentro del capítulo de Trastornos del Neurodesarrollo.

Nos remitimos aquí a la información ya presentada en el **tema 6** del presente manual.

11.5. Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez (DSM-IV-TR) - Trastorno de apego reactivo y trastorno de relación social desinhibida (DSM 5)

Criterios diagnósticos

Los trabajos de **Bowlby** y **Spitz** sobre el apego y el **síndrome de hospitalismo** ponen de manifiesto la importancia de establecer lazos afectivos con los cuidadores principales.

A este trastorno se le ha denominado anteriormente "quiebra en el desarrollo".

El **DSM-IV-TR** propone los siguientes criterios diagnósticos para el Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez.

(Ver tabla 10)

El **DSM 5** desdobra este diagnóstico del DSM-IV-TR y presenta dos categorías diagnósticas que incluye en el capítulo de Trastornos relacionados con el trauma y el estrés:

- El Trastorno de apego reactivo.
- El Trastorno de relación social desinhibida.

A continuación presentamos los criterios diagnósticos DSM 5 para estos trastornos (ver tablas 11 y 12 en la página siguiente).

Epidemiología y curso

Se desconocen datos epidemiológicos.

Estas alteraciones se inician a edad temprana, antes de los 5 años.

Su evolución es variable, depende de: las pautas de crianza, las alteraciones que dan paso al trastorno, su detección...

Si no se realiza intervención alguna, el cuadro puede mantenerse a lo largo de los años.

Diagnóstico diferencial

(Ver tabla 13 en las páginas siguientes)

Etiología

Según la definición del trastorno, son los **patrones alterados en la atención** sobre el niño los que dan lugar al trastorno. Esto puede deberse a falta de habilidades en los padres, paternidad temprana, abandono del niño o malos tratos.

TRASTORNO REACTIVO DE LA VINCULACIÓN (DSM-IV-TR) (PIR99, 195)

A. Relaciones sociales en la mayor parte de los contextos sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de edad y puestas de manifiesto por 1 ó 2:

1. **Incapacidad persistente para iniciar** la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestado por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes o sumamente ambivalentes y acercamiento, evitación y resistencia a ser consolado, o puede manifestar una vigilancia fría).
2. **Vínculos difusos** manifestados por una **sociabilidad indiscriminada** con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados (p. ej., excesiva familiaridad con extraños o falta de selectividad en la elección de figuras de vinculación).

B. El trastorno del Criterio A no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo (como en el retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

- C. La crianza patogénica** se manifiesta al menos por una de las siguientes características:
- a. Desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto.
 - b. Desestimación persistente de las necesidades físicas básicas del niño.
 - c. Cambios repentinos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables (p. ej., cambios frecuentes en las responsables de la crianza).

D. Se supone que el tipo de crianza descrita en el Criterio C es responsable del comportamiento alterado descrito en el criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A empezaron tras la instauración de los cuidados patogénicos que aparecen en el Criterio C).

Especificar tipo:

- **Tipo inhibido (reactivo):** si predomina el Criterio A1 en la presentación clínica: incapacidad para iniciar interacciones, excesiva inhibición, hipervigilancia, conducta y actitud fría.
- **Tipo desinhibido:** si predomina el Criterio A2 en la presentación clínica: patrón de relaciones con límites difusos, exagerada sociabilidad y familiaridad con desconocidos, relaciones superficiales, trata de llamar continuamente la atención.

Tabla 10. Trastorno reactivo de la vinculación (DSM-IV-TR).

TRASTORNO DE APEGO REACTIVO (DSM 5)

- A. Patrón constante de comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos, que se manifiesta por las dos características siguientes:
 1. El niño raramente o muy pocas veces busca consuelo cuando siente malestar.
 2. El niño raramente o muy pocas veces se deja consolar cuando siente malestar.
- B. Alteración social y emocional persistente que se caracteriza por dos o más de los síntomas siguientes:
 1. Reacción social y emocional mínima a los demás.
 2. Afecto positivo limitado.
 3. Episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicable que son evidentes incluso durante las interacciones no amenazadoras con los cuidadores adultos.
- C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
 1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
 2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
 3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).
- D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan cuando falta el cuidado adecuado del Criterio C).
- E. No se cumplen los criterios para el trastorno del espectro del autismo.
- F. El trastorno es evidente antes de los 5 años.
- G. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Especificar si:
- Persistente: el trastorno ha estado presente durante más de 12 meses.

Especificar la gravedad actual: el trastorno de apego reactivo se especifica como grave cuando un niño tiene todos los síntomas del trastorno, y todos ellos se manifiestan en un grado relativamente elevado.

Tabla 11. Trastorno de apego reactivo (DSM 5).

TRASTORNO DE RELACIÓN SOCIAL DESINHIBIDA (DSM 5)

- A. Patrón de comportamiento en el que un niño se aproxima e interacciona activamente con adultos extraños y presenta dos o más de las características siguientes:
 1. Reducción o ausencia de reticencia para aproximarse e interaccionar con adultos extraños.
 2. Comportamiento verbal o físico demasiado familiar (que no concuerda con lo aceptado culturalmente y con los límites sociales apropiados a la edad).
 3. Recurre poco o nada al cuidador adulto después de una salida arriesgada, incluso en contextos extraños.
 4. Disposición a irse con un adulto extraño con poca o ninguna vacilación.
- B. Los comportamientos del Criterio A no se limitan a la impulsividad (como en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad) pero incluyen un comportamiento socialmente desinhibido.
- C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
 1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
 2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
 3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).
- D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan tras el cuidado patógeno del Criterio C).
- E. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Especificar si:
- Persistente: el trastorno ha estado presente durante más de 12 meses.

Especificar la gravedad actual: el trastorno de relación social desinhibida se especifica como grave cuando un niño tiene todos los síntomas del trastorno, y todos ellos se manifiestan en un grado relativamente elevado.

Tabla 12. Trastorno de relación social desinhibida (DSM 5).

RETRASO MENTAL	Los problemas de relación se deben a unas pautas inadecuadas de crianza y no a una discapacidad intelectual. Ambos diagnósticos pueden darse conjuntamente.
TGD/TEA	En este caso las alteraciones relacionales no se deben a una pauta de crianza anómala. Si existe un TGD no se puede efectuar el diagnóstico de trastorno reactivo de la vinculación.

Tabla 13. Diagnóstico diferencial del Trastorno reactivo de la vinculación.

Resumen de los puntos principales

Otros trastornos (DSM-IV-TR)

- En este tema se incluyen los trastornos recogidos en la categoría "Otros trastornos de la infancia y la adolescencia" del DSM-IV-TR. El DSM 5 los ha reubicado en otros apartados, eliminado esta categoría.
- La **Ansiedad de Separación** es un trastorno caracterizado por la aparición de una ansiedad y preocupación intensa que aparece cuando el niño se separa de las figuras de apego o de su casa. El DSM 5 reubica este trastorno en los Trastornos de Ansiedad.
- La Ansiedad de Separación está muy relacionada con la fobia escolar, sin embargo diversos autores polemizan sobre si se tratan o no de trastornos diferentes o si simplemente la fobia escolar es una manifestación de la ansiedad de separación.
- La relajación es la técnica de elección para el tratamiento de la ansiedad en los niños. Es importante conocer las pautas de relajación adaptadas para los niños.
- El **Mutismo Selectivo** es un trastorno poco común que consiste en la incapacidad de hablar en situaciones sociales con personas ajenas al entorno habitual del niño. NO está relacionado con problemas de expresión o comprensión del lenguaje. En su tratamiento se utilizan técnicas conductuales de exposición + manejo de contingencias. El DSM 5 reubica este trastorno en los Trastornos de Ansiedad.
- El **Trastorno de Movimientos Estereotipados** consiste en la repetición de estereotipias disfuncionales, que pueden llegar a provocar lesiones corporales. El DSM 5 reubica este trastorno en el apartado de Trastornos Motores dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo.
- El **Trastorno Reactivo de la Vinculación** consiste en una alteración persistente de las relaciones sociales del niño en multitud de contextos. Está relacionado con unas pautas de crianza patológicas marcadas por la desatención de las necesidades básicas del niño. El DSM 5 divide este diagnóstico en dos: **Trastorno de Apego Reactivo** y **Trastorno de Relación Social Desinhibida**, y los ubica en los Trastornos relacionados con el trauma y el estrés.

TEMA 12 TRASTORNOS DEL SUEÑO

12.1. Introducción

La clasificación de los trastornos del sueño es la misma tanto para niños como para adultos. Sin embargo, ciertos trastornos son de aparición más común en la infancia.

A pesar de la frecuencia de los trastornos del sueño en la infancia, el DSM-IV no los incluye dentro los trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia, por lo que se aplican los mismos criterios diagnósticos que a los adultos.

El número de horas que una persona duerme varía con la edad. A medida que crece, el niño debe acostumbrarse a unos horarios y a unos hábitos de sueño que han de complementarse con el resto de actividades que realiza. A partir de los 6 meses, el niño debe tener bien establecidos tanto el ritmo sueño-vigilia como el horario de las comidas.

Se sabe que el porcentaje de sueño REM también varía con la edad (ver tabla 1).

Recordemos brevemente la clasificación de los Trastornos del sueño del DSM-IV-TR y del DSM 5 (ver tabla 2).

EDAD	1 d	3 m	6 m	1 año	3 a	5 a	10 a	14 a
TOTAL HORAS	16	15	14	13	12	11	10	8
% REM	50	45	40	30	25	20	18	20
VECES	5-6	4-5	2-3	1-2	1-2	1	1	1

Tabla 1. Desarrollo del patrón evolutivo normal del sueño.

DSM-IV-TR TRASTORNOS DEL SUEÑO (PIR)	DSM 5 TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA
TRASTORNOS PRIMARIOS DEL SUEÑO - Disomnias (PIR97, 151): <ul style="list-style-type: none"> Insomnio primario. Hipersomnia primaria. Narcolepsia. Trastorno del sueño relacionado con la respiración. Trastorno del ritmo circadiano (antes trastorno del ritmo sueño-vigilia). Disomnia no especificada. - Parasomnias: <ul style="list-style-type: none"> Pesadillas (antes trastorno por sueños angustiosos). Terros nocturnos. Sonambulismo. Parasomnia no especificada. 	TRASTORNO DE INSOMNIO TRASTORNO DE HIPERSOMNIA NARCOLEPSIA TRASTORNO DEL SUEÑO RELACIONADO CON LA RESPIRACIÓN <ul style="list-style-type: none"> Apnea o hipopnea obstructiva del sueño. Apnea central del sueño. Hipoventilación relacionada con el sueño.
TRASTORNOS DEL SUEÑO RELACIONADOS CON OTROS TRASTORNOS MENTALES <ul style="list-style-type: none"> Insomnio relacionado con otro trastorno mental. Hipersomnia relacionada con otro trastorno mental. 	TRASTORNOS DEL RITMO CIRCADIANO SUEÑO-VIGILIA PARASOMNIAS <ul style="list-style-type: none"> Trastorno del sueño en sueño no-REM. Trastorno por pesadillas. Trastorno comportamental del sueño en fase REM. Síndrome de las piernas inquietas.
OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO <ul style="list-style-type: none"> Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica. Trastorno del sueño inducido por consumo de sustancias. 	TRASTORNO DEL SUEÑO INDUCIDO POR SUSTANCIAS OTRO TRASTORNO DE INSOMNIO ESPECÍFICO TRASTORNO DE INSOMNIO NO ESPECIFICADO OTRO TRASTORNO DE HIPERSOMNIA ESPECÍFICO TRASTORNO DE HIPERSOMNIA NO ESPECIFICADO OTRO TRASTORNO DE SUEÑO-VIGILIA ESPECIFICADO TRASTORNO DE SUEÑO-VIGILIA NO ESPECIFICADO

Tabla 2. Trastornos del sueño en DSM.

Los niños pueden ser diagnosticados de cualquier trastorno del sueño recogido en el DSM. Sin embargo, en este capítulo abordaremos solo aquellos trastornos en cuya etiología o intervención haya diferencias sustanciales con respecto a los adultos.

12.2. Disomnias

Recordemos que el DSM 5 ha eliminado el término Disomnia, si bien en el presente capítulo se mantiene para facilitar la organización de los contenidos.

Aquí se incluyen los problemas que tienen los niños para conseguir dormirse, mantener el sueño y por sueño excesivo.

En general, se acepta que esos problemas son debidos a un retraso en el desarrollo neuropsicológico y que puedan desaparecer con el tiempo.

Insomnio primario

Causas del insomnio infantil

El insomnio primario infantil puede deberse a dos causas:

- Hábitos erróneos.

Suele afectar a niños de entre 6 meses y 5 años de edad (PIR). El niño tiene dificultades para iniciar el sueño con continuos despertares durante la noche que también requieren ayuda para volver a dormir. Si el problema no se soluciona puede provocar una grave alteración de la estructura del sueño.

Se manifiesta de forma típica en dos momentos:

- Al acostarse. Resistencia a acostarse solo o a ir a la cama.
- Frecuentes despertares durante la noche. Se debe principalmente a problemas de aprendizaje (PIR12, 202):

- Deficiente adquisición de hábitos adecuados de sueño
- Reforzamiento de conductas inadecuadas en el niño.

Para su solución se deben emplear un tratamiento conductual: **reeducación de los hábitos del sueño**. Se debe crear un ritual del sueño en el que los padres acompañen al niño a la hora de acostarse compartiendo un momento agradable y tranquilo (p. ej., leer un cuento durante 10 min.). Después los padres deben abandonar la habitación con el niño aún despierto (en este momento se puede dejar acompañado al niño de algún objeto que de tranquilidad como su peluche favorito). Cada día deberán esperar un tiempo algo mayor antes de acudir a la llamada del niño.

- Situaciones de ansiedad y miedo.

Suele darse en niños más mayores. Suele producirse por pensamientos inquietantes debido a preocupaciones.

Evaluación del insomnio infantil

Casi siempre se evalúa mediante técnicas subjetivas de recogida de información sobre: cuánto y cómo duerme el niño, en qué ambiente, y cuáles son los rituales que usa para ir a la cama (PIR12, 72). Para ello lo mejor es utilizar la **entrevista con los padres** y con el niño.

También es útil **utilizar autorregistros y autoinformes, la observación y técnicas psicofisiológicas** (EEG, EMG, EOG, medidas de respuesta cardiaca y respiratoria).

Tratamiento del insomnio infantil

(Para mayor información, consultar el Manual APIR de Tratamientos Psicológicos)

En el abordaje psicológico del insomnio infantil primario, pueden aplicarse distintas estrategias entre las que se encuentran:

- **Higiene del sueño.**
- **Entrenamiento en relajación, entrenamiento en respiración diafragmática y biofeedback frontal.**
- **Control de estímulos.**

Recomendaciones para la regularización del horario del sueño y restricción de la realización de actividades incompatibles con la conducta de dormir en la habitación para conseguir un ambiente adecuado y que la cama no se asocie a otras actividades que no sean el dormir.

- Restricción del sueño o cronoterapia.

Consiste en atrasar la hora de acostar al niño, hasta que el tiempo total que éste pase en la cama sea aproximadamente el tiempo que esté durmiendo cada noche. Después, se va adelantando la hora de acostarse hasta que logre dormir el tiempo que se considere adecuado para su edad.

- Hipnosis.

Ayuda a manejar la ansiedad y potencia la relajación y las sensaciones de calma y serenidad.

- Técnicas cognitivas.

Parada de pensamiento, entrenamiento en expresión de preocupaciones, entrenamiento en focalización y visualización de imágenes agradables e intención paradójica.

- Hábitos alimentarios: limitar alimentos o bebidas estimulantes para la tarde-noche.
- Regularidad del sueño-vigilia.
- Instaurar rituales que señalen la hora de dormir.
- Limitar actividades estimulantes antes de acostar al niño.
- Intentar no utilizar el dormitorio para actividades incompatibles con el dormir.
- Controlar factores ambientales que puedan interferir como ruidos, temperatura, luz...
- Evitar preocupaciones y/o alteraciones emocionales.
- En momentos de elevada ansiedad se recomiendan ejercicios de relajación al acostarse.

Tabla 3. Pautas de higiene del sueño.

En el caso del insomnio infantil conductual, asociado al aprendizaje de hábitos inadecuados relacionados con el sueño, el abordaje incluye:

- Extinción.

De las conductas de queja del niño y la instauración de rutinas que faciliten la conducta de dormir y de mantenerse en la cama (PIR00, 149).

- Retraso de la hora de acostarse con rutinas positivas.

Reorganización de las contingencias de reforzamiento que mantienen el comportamiento no deseado.

Apnea infantil o Síndrome de Ondina

Este trastorno consiste en múltiples paradas respiratorias durante el sueño asociadas con ronquidos y somnolencia excesiva durante el día, que fluctúa desde una ligera fatiga hasta ataques de sueño de más de una hora que no resultan restauradores.

Estas paradas respiratorias pueden aparecer varias veces durante la noche y producen un sueño superficial y con despertares de corta duración. A la mañana siguiente el niño no recuerda nada de lo ocurrido.

Asociado al trastorno pueden aparecer alteraciones conductuales como hiperactividad, alteraciones de personalidad, bajo rendimiento académico, cefalea matinal o enuresis nocturna.

Existen indicios que pueden hacernos sospechar del trastorno como son agitación nocturna, respiración oral durante el día, dificultad para tragar y articulación deficiente.

Es la segunda causa de somnolencia excesiva diurna en niños y adolescentes tras la narcolepsia.

Se recomienda dormir una siesta para evitar la somnolencia y adoptar una posición de costado durante el sueño, ya que facilita la respiración. Si el síndrome está relacionado con la obesidad en primer lugar se debe bajar de peso.

Síndrome de muerte súbita del lactante

Es la muerte súbita e inesperada de un lactante sin antecedentes que lo hicieran prever. Todavía se desconoce qué puede causarlo, pero se relaciona con una parada respiratoria. El bebé suele morir por la noche presentando una intensa palidez, lo cual sugiere que ha habido un proceso de asfixia.

Ocurre sobre todo entre los dos y los cuatro meses de edad y su prevalencia disminuye a partir del sexto mes.

Se ha asociado a la posición del dormir y al tipo de cama. Se recomienda que los bebés duerman boca arriba o de lado y sobre superficies duras.

12.3. Parasomnias

No son fenómenos graves, pero sí muy aparatosos. Aparecen principalmente entre los 3 y los 6 años. Los más frecuentes en la infancia son: pesadillas, terrores nocturnos y sonambulismo.

(Las diferencias entre pesadillas y terrores nocturnos han sido muy preguntadas en el examen PIR. Recomendamos revisar la información presentada al respecto en el Manual APIR de Psicología Clínica, volumen II)

Pesadillas

Las pesadillas son sueños elaborados de contenido angustioso y desagradable, que despiertan al niño (PIR).

Suelen provocar una sensación de miedo que puede dificultar el volver a conciliar el sueño y puede desembocar en periodos de insomnio.

Son muy frecuentes en niños de entre 3 y 6 años, sobre todo si están sometidos a un gran estrés psicosocial.

Aparecen en fase REM, con mayor frecuencia en la segunda mitad de la noche (PIR03, 185; PIR08, 69).

Normalmente los episodios duran unas semanas y se relacionan con algún fenómeno externo que ha causado inquietud al niño.

Los padres deben intentar calmar al niño y quitarle importancia a lo soñado.

Su prevalencia se sitúa en torno al 13% y se atiende más a mujeres que a varones (2-4:1) por este hecho, pero esto puede ser debido a factores culturales. Es el tipo de parasomnia más frecuente en la infancia (PIR14, 154).

Se relaciona con una etiología multicausal.

Tratamiento de las pesadillas

(Para mayor información, consultar el Manual APIR de Tratamientos Psicológicos)

Según Pérez y cols. (2011) existen los siguientes tratamientos:

1. Tratamientos bien establecidos:
 - Desensibilización sistemática.
 - Terapia de ensayo en imaginación (IRT).
2. Tratamientos probablemente eficaces:
 - Exposición.
3. Tratamientos en fase experimental:
 - DS de autocontrol.
 - DS mediante movimientos oculares.
 - Art Therapy.
 - Sandplay.
 - Entrenamiento en sueños lúcidos.
 - Hipnosis.

Nota aclaratoria: la eficacia de las distintas técnicas de intervención en las pesadillas están basadas en la *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces II: Psicología de la Salud* (Pérez, M. et al., 2011), ya que la *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces III: Infancia y Adolescencia* (Pérez, M. et al., 2011) no hace mención alguna a los Trastornos del sueño en la infancia.

Tabla 4. Intervención en las pesadillas.

Terrores nocturnos

Los padecen en torno al 1-6% de los niños, siendo más frecuente en varones. Típicos entre los 2-3 años, van desapareciendo de manera espontánea al llegar a la adolescencia.

Se producen en el primer tercio de la noche, no en las fases REM, sino en las fases 3-4 del sueño lento (sueño profundo) (PIR99, 255; PIR12, 206; PIR14, 157).

Como **posibles etiologías** se ha apuntado a una inmadurez del sistema nervioso, a la intervención de factores genéticos y a factores ambientales como situaciones de temor, estrés, fatiga y enfermedades físicas. En algunos casos se ha relacionado con la toma de antidepresivos tricíclicos y neurolépticos, así como con procesos febriles.

Como **intervenciones terapéuticas** se utilizan la interrupción de la respuesta, el control de contingencias, las instrucciones y los procedimientos de control de la ansiedad (p. ej., relajación). La actitud de los padres debe ser la de vigilar al niño para que no se caiga de la cama o tenga algún accidente sin intentar despertarle ya que, al cabo de 5-10 minutos el episodio desaparecerá espontáneamente.

Existen 2 estrategias que se consideran como "tratamientos en fase experimental":

- Despertares programados.

Consiste en entrenar a los padres para que observen y registren el momento en que aparecen los episodios de terror y de sonambulismo durante 2 semanas para establecer la línea base. Después deberán despertar al niño cada noche de 15 a 20 minutos antes de la hora a la que habitualmente se producen los episodios. Esto se mantiene hasta que el niño pasa 7 noches seguidas sin episodios. La retirada del tratamiento es gradual.

- Hipnosis.

Sonambulismo

El trastorno puede durar varios años sin tener por qué provocar una alteración durante la vigilia. Es muy raro antes de los 5 años. Para los episodios ocasionales se sitúa la prevalencia en torno al 15% y como cuadro persistente en torno al 1-6%.

Está relacionado con los terrores nocturnos (PIR98, 166), el somniloquio y la enuresis.

Recordemos aquí que el actual DSM 5 codifica este diagnóstico, junto con los terrores nocturnos, bajo la denominación de Trastorno de despertar en sueño no-REM.

Se plantean las mismas **hipótesis causales** y las mismas **intervenciones** que para los terrores nocturnos.

Se recomienda **evitar situaciones que puedan causar accidentes**, por ejemplo, es recomendable que no duerman en literas, que la habitación esté libre de objetos peligrosos y con las ventanas cerradas. Se ha empleado con éxito la técnica de los **despertares programados** durante la noche para reducir los episodios (PIR13, 137).

Como tratamiento farmacológico se han usado **benzodiazepinas**.

Somniloquio

Habla o emisión de sonidos durante el sueño (PIR03, 186; PIR08, 37).

En general dura unos pocos segundos y ocurre de manera esporádica. Puede darse a cualquier edad, aunque es más típico de la edad preescolar.

Puede aparecer en cualquier momento de la noche (PIR), generalmente durante el sueño lento, pero también puede aparecer durante la fase REM.

Se estima la presencia de algún episodio entre niños de 3 a 10 años en un 50%.

Se ha relacionado con los terrores nocturnos y la somnolencia. Su **etiología** se ha relacionado con antecedentes familiares y situaciones de estrés.

Como **tratamiento** se ha empleado un sonido aversivo durante el episodio en el momento en que el niño comienza a hablar.

Bruxismo

También conocido como **chirriar de dientes**, consiste en una actividad rítmica de los músculos de las mandíbulas que producen fricción en los dientes provocando un ruido molesto. Si la fricción es muy fuerte puede llegar a desgastar los dientes.

El niño no es consciente de este comportamiento ya que no se despierta. Suele padecer cefaleas y somnolencia como consecuencia, así como dolor mandibular y cansancio al masticar.

Normalmente se produce en la fase 2 del sueño (PIR) y en la transición entre fases. El curso puede ser transitorio o crónico y la prevalencia se estima en un 4% en niños de 3-7 años.

Suele haber antecedentes familiares y también se ha asociado a situaciones de ansiedad, frustración u hostilidad.

En su tratamiento se utilizan técnicas similares a las del somniloquio y el procedimiento de la inversión del hábito (PIR15, 83).

Jactatio capitis

Son movimientos automáticos de mecimiento para conciliar el sueño, concretamente consiste en el balanceo rítmico de la cabeza, ocasionalmente acompañado de todo el cuerpo (PIR97, 253). A veces también se acompaña de sonidos guturales. Los movimientos pueden ser regulares o intermitentes, generalmente son suaves pero pueden ser intensos golpes contra la almohada o el cabecero de la cama pudiendo producir lesiones.

En general aparece antes de dormirse o en las fases iniciales del sueño (PIR).

El niño no recuerda nada a la mañana siguiente.

Es frecuente entre los lactantes de entre 8 y 24 meses. Pero también puede aparecer más tarde en relación con momentos de tensión o estrés. Se sitúa su prevalencia alrededor del 3%. Puede aparecer en todos los niños, pero es más frecuente entre el retraso mental o el autismo.

Su **etiología** se relaciona con la tensión emocional del niño o con movimientos instintivos que producen placer en el niño o que utilizan para liberar tensiones. Algunos autores en cambio, apuntan a una conducta aprendida del mecimiento que realizan los padres para dormir a los niños.

El **tratamiento** es similar al del somniloquio, utilizando un estímulo aversivo asociado a los movimientos, en este caso puede tratarse de una luz.

Resumen de los puntos principales

Trastornos del sueño

La clasificación de los trastornos del sueño es la misma tanto para niños como para adultos, sin embargo, ciertos trastornos son de aparición más común en la infancia.

Especialmente importantes en la infancia son las pesadillas y los terrores nocturnos.

Las pesadillas son sueños elaborados de contenido angustioso y desagradable que se producen durante la fase REM del sueño.

Como tratamientos eficaces de las pesadillas tenemos:

- Desensibilización sistemática
- Terapia de ensayo en imaginación

Otros tratamientos en fase experimental son:

- Exposición
- Ds de autocontrol
- Ds mediante movimientos oculares
- Art Therapy
- Sandplay
- Entrenamiento en sueños lúcidos
- Hipnosis

Los terrores nocturnos son reacciones de temor durante el sueño nREM caracterizadas por una alta activación vegetativa y sueños que no se recuerdan al despertar.

TEMA 13 TRASTORNOS EMOCIONALES

13.1. Ansiedad en la infancia

Introducción

El miedo forma parte del desarrollo normal evolutivo, sin embargo suelen ser de una intensidad moderada y suelen desaparecer con el tiempo. Sin embargo, en algunos casos estas reacciones de miedo dejan de ser adaptativas, formando diferentes trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad en la infancia tienen una prevalencia general del 18%.

Los trastornos de ansiedad más prevalentes son:

- La fobia específica.
- La ansiedad de separación.
- La ansiedad generalizada.

También en la infancia, los trastornos de ansiedad son más prevalentes en niñas (PIR95, 66). Y suele existir una alta comorbilidad con trastornos depresivos en la infancia (PIR95, 67).

La ansiedad provoca síntomas que interfieren en el funcionamiento cotidiano del niño afectando negativamente en el contexto escolar, familiar, social...

Los síntomas físicos más frecuentes son palpitaciones, cefaleas, molestias gástricas, náuseas y las alteraciones del sueño.

Los síntomas de ansiedad se acompañan de una fuerte preocupación ante diferentes situaciones que a menudo provocan conductas de evitación y escape.

Trastornos de ansiedad infantil en el DSM

El DSM-III-R distinguía tres trastornos de ansiedad específicos de inicio en la infancia:

- Trastorno de ansiedad por separación (TAS).
- Trastorno por ansiedad excesiva (TAE).

Ansiedad excesiva y no realista antes sucesos diversos. Gran preocupación por el futuro, por el cumplimiento de las obligaciones o por conductas pasadas. Demanda frecuente de seguridad y aprobación de los demás. Duración mínima de 6 meses.

Se eliminó en el DSM-IV por considerarse una modalidad infantil del Trastorno de ansiedad generalizada (PIR).

- Trastorno por evitación (TPE).

Presencia de una conducta de evitación excesiva ante personas desconocidas, con una intensidad suficiente para interferir en la interacción social y que se mantiene durante 6 meses. La evitación no se manifiesta con personas conocidas o familiares. Se exige que el niño haya cumplido 2,5 años. Genera importantes déficits en la adquisición de las habilidades sociales. Se eliminó en el DSM-IV por considerarse la versión infantil de la fobia social (PIR95, 65).

En el DSM-IV-TR solo se mantiene el Trastorno de ansiedad por separación, dentro de Otros Trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia.

Trastorno de ansiedad por separación (TAS)

Nos remitimos a la información presentada en el capítulo 11 sobre este trastorno.

Trastorno de ansiedad excesiva (TAE)

- Criterios diagnósticos.

Hoy en día se encuentra incluido en el Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) de los adultos, por lo que los criterios diagnósticos a aplicar son los de este trastorno (PIR07, 122). Los niños y adolescentes con TAE/TAG se sienten preocupados por una gran variedad de situaciones, sobre todo en lo referente a la escuela y la aprobación social.

Estos niños suelen ser muy perfeccionistas e inseguros y sus síntomas suelen estar acompañados por de quejas somáticas como dolor de estómago o de cabeza.

- Epidemiología y curso.

Su prevalencia se sitúa en torno al 3%.

Afecta más a las mujeres que a los hombres y se da más en nivel socioeconómicos medios y altos.

Rubin (1990) describe que este trastorno suele aparecer en familias de pocos miembros en las que se está muy preocupado por la obtención de éxitos y se exige mucho a los niños, sintiendo éstos una gran tensión y preocupación por hacer las cosas bien.

La edad típica de aparición es entre los 12 y los 14 años. En niños mayores de 12 años, es más frecuente que aparezcan fobias específicas comórbidas (PIR10, 153).

Su inicio suele ser insidioso y el trastorno tiende a cronificarse ante situaciones de especialmente estresantes. Puede aparecer en la vida adulta en forma de TAG (PIR).

- Etiología.

Historia previa de experiencias traumáticas como la muerte de un familiar, haber sufrido daños, ser víctima de una agresión, etc.

Estilo sobreprotector o exigente de los padres que genera un apego inseguro que se traduce en expectativas de ineficacia para afrontar sucesos amenazantes y para resolver situaciones problemáticas.

Sesgo atencional o hipervigilancia ante posibles estímulos amenazantes: favorece que el niño tienda a percibir algunos estímulos como amenazas, lo que le genera preocupaciones y ansiedad excesiva. Para reducir su ansiedad y sus preocupaciones puede llevar a cabo determinadas conductas (como evitar ir a clase) que a corto plazo alivian el malestar, pero a largo plazo cronifican el problema.

- Evaluación.

PRUEBAS ESPECÍFICAS

- Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo para niños. STAIC de Spielberger.
- Escala revisada de ansiedad manifiesta para niños. RCMAS de Reynolds y Richmond.
- Worries Inventory. De Orton.
- Worry List Questionnaire. WLQ de Simon y Ward.
- Penn State Worry Questionnaire. PSWQ de Meyer.

Tabla 1. Pruebas de evaluación del TAE.

- Tratamiento.

• Tratamiento farmacológico.

En el tratamiento farmacológico se prefiere el uso de antidepresivos, ya que afectan menos que los ansiolíticos a los procesos cognitivos como la memoria y el aprendizaje (PIR99, 09).

En ocasiones también se utilizan **benzodiacepinas**, siendo útiles para reducir la ansiedad a la vez que se utilizan medidas conductuales.

• Tratamiento cognitivo-conductual.

Se recomiendan tratamientos que incluyan diferentes estrategias:

Basadas en el autocontrol: relajación, autorrefuerzo o autoinstrucciones.

Basadas en la exposición gradual: DS.

Manejo de contingencias: programas de intervención familiar.

- Entrenamiento en relajación para niños.

La relajación y sus diferentes entrenamientos son el tratamiento de elección para la ansiedad generalizada y de separación en la infancia.

FASE DE PREPARACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar que poseen las habilidades mínimas para comenzar el ejercicio. - Estas son las que proponen Cautela y Groden: <ul style="list-style-type: none"> • Permanecer quieto durante 5 segundos. • Mantener contacto ocular durante 5 segundos. • Poseer habilidades de imitación. • Cumplir instrucciones sencillas.
FASE EDUCATIVA O DE ENTRENAMIENTO	- El terapeuta explica al niño cómo funciona la ansiedad y cómo la relajación puede reducirla.

Tabla 2. Fases del entrenamiento en relajación para niños.

RECOMENDACIONES GENERALES (CAUTELA Y GRODEN) (PIR99, 157)
<p>Sesiones en sitios tranquilos y a diario, si es posible más de una al día. Sesiones cortas: 10-15 minutos. Atender a grandes áreas motoras (PIR). Utilizar instrucciones simples y cortas, adaptadas al lenguaje del niño. Necesario acariciar y tocar al niño. Utilizar más de una sesión para enseñar todos los grupos musculares.</p> <p>Utilizar modelado y reforzamiento, guías, moldeado y extinción. Empleo de reforzadores materiales, actividades o fichas. Usar objetos que faciliten el aprendizaje (muñecos, silbatos, etc.).</p>

Tabla 3. Adaptaciones del entrenamiento en relajación aplicado a niños.

MASAJE INFANTIL RELAJANTE	
JUEGOS DE RELAJACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - El niño juega a que es una marioneta que se tensa y se relaja como si le movieran los hilos. - Kendall y Braswell hablan del juego del "robot- muñeco de trapo".
TÉCNICAS BASADAS EN LA IMAGINACIÓN	- "Entrenamiento en imaginación" (Koepen): se van narrando historias que el niño va escuchando y en un momento concreto de ellas, el niño debe tensar una zona del cuerpo.

Tabla 4. Otras modalidades de relajación infantil.

- Entrenamiento en autoinstrucciones.

Con este programa se aprende a sustituir los componentes cognitivos que generan las respuestas de ansiedad por verbalizaciones de afrontamiento de la ansiedad.

- Terapia cognitivo conductual para niños ansiosos (Kendall y cols., 1994, 1997).

Kendall y cols. han desarrollado un programa estructurado, de corte cognitivo-conductual, para niños con ansiedad.

Consta de varias fases:

1. Recoger información y establecer una relación positiva con el niño.
2. Enseñarle a identificar las reacciones emocionales y somáticas, sus sensaciones y experiencias (con dibujos, muñecos, pinturas...)
3. Entrenamiento en:
 - Respiración profunda y relajación muscular progresiva.
 - Autoverbalizaciones y en solución de problemas.
 - Autoevaluación y autorrefuerzo.
4. Práctica y exposición gradual: 8 sesiones para que el niño practique las estrategias de afrontamiento con el terapeuta, que utiliza ensayo de papeles y modelado. Posteriormente se programa la exposición en vivo
5. La evidencia sugiere que los problemas internalizantes de los chicos están asociados con retroalimentación negativa de los padres, por lo que se incluirá a éstos en un entrenamiento específico para mejorar el resultado de la intervención.

Cuenta con muy buenos resultados.

- Programa de entrenamiento Coping Cat (Kendall, 1990) (PIR07, 136; PIR13, 134).

La intervención consta de dos partes:

FASE 1	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento de los síntomas de ansiedad y las reacciones somáticas, modificación de pensamientos ansiosos, elaboración de un plan de afrontamiento de la ansiedad, evaluación del cumplimiento y administración de autorrefuerzo. - El terapeuta explica el plan FEAR para el control de la ansiedad y se enseña a los padres para reforzar las conductas de afrontamiento y eliminar las quejas y reproches.
FASE 2	- Puesta en marcha de las habilidades aprendidas a través de la exposición a las situaciones ansiógenas (primero en imaginación y después en vivo). Son 16 sesiones de una hora.

Tabla 5. Fases del Programa Coping Cat.

El programa se acompaña de un manual con los objetivos y el procedimiento de intervención, *The Coping Cat Workbook* y el libro de tareas para casa, *The Coping Cat Notebook*.

Mendowitz y cols. (1999) crearon un programa de intervención cognitivo-conductual a partir del programa de Kendall (adaptación canadiense) llamado **Coping Bear**. En Australia, **Barrett** hace su propia adaptación del programa llamándolo **Coping Koala (PIR09, 174)**. Junto al manual de esta intervención se elaboró un libro para padres: "Afrontamiento de la ansiedad en la Familia" (1995).

- Entrenamiento en manejo de la ansiedad familiar (Barrett y cols., 1996).

Barrett desarrolla en el 2001 un programa cognitivo conductual para los problemas de ansiedad infantiles basado en la familia llamado **Programa FRIENDS** y que está basado en el *Coping Koala*.

Dispone de dos versiones, para niños de 6 a 11 años y para adolescentes de 12 a 16.

El programa se distribuye de la siguiente manera:

F. Feeling worried? Conocer y detectar las señales de ansiedad.
R. Relax and feel good. Entrenamiento en relajación y respiración.
I. Inner thoughts. Detección de los PAN (pensamientos automáticos negativos) y sustituirlos por otros positivos.
E. Explore plans. Solución de problemas.
N. Nice work, so reward yourself. Autorreforzamiento manifiesto y encubierto.
D. Don't forget to practice. Exposición gradual a las situaciones temidas y evitadas.
S. Stay calm. Repaso.

Tabla 6. Ejemplo del Programa FRIENDS.

Ataque de pánico y trastorno de angustia

- Criterios diagnósticos.

Ha existido un gran debate sobre si los niños experimentan ataques de pánico y si éstos son similares a los de los adultos. Las investigaciones al respecto revelan que estas crisis pueden darse en adolescentes y en menor medida en niños, siendo los casos de angustia espontánea en los niños muy poco frecuentes.

Tanto niños como adolescentes sufren más síntomas somáticos de ansiedad y refieren en menor medida síntomas cognitivos de ansiedad (**PIR08, 78**). Los datos muestran que cuanto menor es la edad del niño menos capaz es de reinterpretar las manifestaciones cognitivas como "miedo a volverse loco". Los criterios diagnósticos a aplicar son los mismo que en el Ataque de pánico y el Trastorno de angustia adultos.

- Epidemiología y curso.

La prevalencia general se sitúa en torno al 1%. Es más prevalente en niñas que en niños, pero en general es difícil que se dé antes de los 12 años. Tiene una alta comorbilidad con cuadros depresivos y otros trastornos de ansiedad.

- Diagnóstico diferencial.

En primer lugar, se deberán descartar otros trastornos somáticos que pueden estar causando los síntomas, aunque por lo general la **exploración médica** es anterior a la psicológica. En el caso de los adolescentes además se deberá tener en cuenta el posible **abuso de tóxicos**.

También se deberá realizar el diagnóstico diferencial con otros trastornos más importantes como la **depresión u otros trastornos de ansiedad**.

- Etiología.

Ley defiende que los cambios psicofisiológico que se asocian a la **hiperventilación funcionan como estímulos desencadenantes**.

Las sensaciones que la acompañan (sudoración, taquicardia, palpitaciones, mareos, alteraciones de la visión, sensación de asfixia...) provocan miedo en el niño poniendo en marcha mecanismos de lucha-huida, que aumentan los síntomas de hiperventilación y el miedo a las sensaciones. Este círculo vicioso puede provocar un ataque de pánico.

Además, se presupone una **vulnerabilidad biológica** que facilitaría las crisis de angustia.

El **condicionamiento clásico** explica estas crisis por asociación: el niño asocia el malestar del primer ataque con ciertas sensaciones corporales y con señales externas (p. ej., el lugar de la crisis). Hace una interpretación negativa de ellas que aumenta su activación fisiológica. En este momento en realizar una conducta de escape-evitación, proporciona un alivio inmediato a corto plazo, lo que hace que se mantenga el problema.

- Evaluación.

PRUEBAS ESPECÍFICAS
<p>Cuestionario de ataques de pánico para niños y adolescentes, CAPN de Sandín.</p> <p>Autorregistros.</p> <p>Pruebas de inducción del pánico para medir la gravedad del problema.</p> <p>Índice de sensibilidad a la ansiedad (Children Anxiety Sensitivity Index, CASI) de Silverman. La sensibilidad a la ansiedad es un término evolucionado del concepto de "expectativa a la ansiedad de Reiss". Reiss y McNally lo definen como el miedo a los síntomas de ansiedad por su asociación con situaciones peligrosas. La sensibilidad a la ansiedad es considerada un factor de riesgo para los trastornos de ansiedad (PIR07, 123; PIR09, 91; PIR10, 33).</p>

Tabla 7. Pruebas de evaluación del pánico en la infancia.

- Tratamiento.

El tratamiento de elección es el cognitivo-conductual.

Sandín y Chorot consideran que el tratamiento debe tener los siguientes componentes:

1. Fase educativa en la que se explique al niño cómo se produce la hiperventilación y los síntomas que la acompañan.
2. Inducción voluntaria de los síntomas (hiperventilación voluntaria).
3. Exposición a estímulos interoceptivos.
4. Entrenamiento en respiración.
5. Reestructuración cognitiva.
Discusión sobre la interpretación de los síntomas, los pensamientos catastrofistas o la valoración del riesgo de padecer nuevas crisis.
6. Exposición a posibles situaciones fóbicas cuando presenta agorafobia.

13.2. Fobias específicas en la infancia

Introducción

El miedo es una reacción normal, con gran valor funcional y adaptativo. Forma parte del desarrollo normal del niño y sus contenidos suelen ser cambiantes y evolucionar a la vez que el niño se va desarrollando.

(Ver tabla 8 en la página siguiente)

Echeburúa (1993) clasifica los miedos infantiles normales en la **tabla 9 (ver en la página siguiente)**.

Las fobias constituyen un cuadro patológico, diferenciado de los miedos evolutivos normales. A continuación se resumen las principales características diferenciales entre miedos evolutivos y fobias.

(Ver tabla 10 en la página siguiente)

MIEDO EVOLUTIVOS MÁS COMUNES EN LA INFANCIA (PIR09, 93)

- Miedo al fracaso y la crítica, lo que corresponde a la fobia social.
- Miedo a lo desconocido: oscuridad (seguridad, seres fantásticos, características propias, separación o pérdida de seres queridos), fantasmas, tormentas, lugares cerrados...
- Miedo a los animales y a las heridas.
- Miedo al peligro o muerte: amenazas vitales, fuego...
- Miedos médicos: se solapa con sangre/inyecciones.

Tabla 8. Principales miedos evolutivos en la infancia.

0-1 AÑO	Estímulos intensos y desconocidos Personas extrañas Alturas (PIR11, 97)
2-4 AÑOS	Animales/tormentas (PIR10, 31)
4-6 AÑOS	Oscuridad/brujas y fantasmas Catástrofes/separación padres (PIR08, 80)
6-9 AÑOS	Daño físico, muerte (PIR07, 124) Ridículo
9-12 AÑOS	Accidentes y enfermedades Mal rendimiento escolar Conflicto entre los padres
12-18 AÑOS (PIR12, 207)	Relaciones interpersonales Pérdida autoestima

Tabla 9. Miedos evolutivos normales (Echeburúa).

MIEDOS EVOLUTIVOS	FOBIAS (PIR14, 159)
Transitorios. Ligados a etapas evolutivas concretas. Facilitan el desarrollo de habilidades de afrontamiento.	La reacción de temor persiste durante largos periodos de tiempo al menos 6 meses. Son reacciones desadaptativas que no se corresponden con la edad o estadio evolutivo. Se acompañan de respuestas de evitación: interfieren en la vida de la persona que las padece. Desproporcionadas. Irracionales. Fuera del control voluntario.

Tabla 10. Diferencias entre miedos evolutivos normales y fobias.

Criterios diagnósticos

El DSM emplea los criterios diagnósticos generales de **Fobia específica** también para el diagnóstico de este trastorno en niños y adolescentes.

La CIE-10 incluye una categoría llama **Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia**, en la que se incluyen los casos en los que aparecen miedos en periodos evolutivos específicos, pero adecuados, y en los que la ansiedad es anormal y no forma parte de un trastorno más amplio.

Epidemiología y curso

Es difícil precisar la prevalencia de estos trastornos debido a la dificultad de diferenciarlos de los miedos, que son muy frecuentes en la infancia (alrededor del 40-50%). Se estima que las fobias tienen una prevalencia de entre el 3-8%.

La fobia infantil más frecuente es la fobia a los animales domésticos. No obstante, Strauss y Lats encontraron en sus estudios realizados con una muestra de niños y adolescentes (rango de edad 4-17 años) diagnosticados de fobia específica, que las fobias más frecuentes estaban producidas por la oscuridad (29%), el colegio (24%) y los perros (16%) (PIR08, 01).

Las fobias infantiles suelen afectar más a niñas (en número e intensidad). Aunque no se tiene certeza, se cree que la fobia escolar es más frecuente en niños (PIR).

El inicio de las fobias depende de la edad: algunas edades son más propensas para presentar determinadas fobias (p. ej., la fobia a los animales suele ser de inicio muy temprano (PIR07, 126)). Es más frecuente que aparezcan entre los 4 y los 8 años.

Generalmente tienden a remitir con el paso del tiempo, lo que se relaciona con el desarrollo neurológico, cognitivo y motor del niño, y con las estrategias de afrontamiento adquiridas a partir de la exposición.

En niños mayores (cuadro más grave y de peor pronóstico) el inicio suele ser gradual, y más brusco en los niños pequeños.

Diagnóstico diferencial

- **Agorafobia.**
Miedo a situaciones donde resultaría difícil poder escapar, mientras que la fobia específica se refiere a un miedo concreto.
- **Trastorno de pánico.**
- **Ansiedad por separación.**

(Ver tabla 11 en la página siguiente)

Etiología

Nos remitimos en este apartado a la información presentada al respecto en el **manual de Psicología Clínica**.

Evaluación

(Ver tabla 12 en la página siguiente)

Tratamiento

Tratamiento farmacológico

No es un tratamiento de primera elección, aunque es muy utilizado en la práctica habitual.

Los fármacos elegidos son los **antidepresivos** (tricíclicos, IMAO e ISRS) y en menor medida los ansiolíticos, ya que pueden causar muchos efectos secundarios.

Las **benzodiacepinas** se utilizan en casos de ansiedad muy elevada para facilitar la terapia conductual.

Tratamiento psicológico

En general la mayoría de las técnicas que se utilizan para tratar los comportamientos fóbicos en niños siguen una pauta de **exposición gradual**, que es más aceptada tanto por los niños como por los padres (PIR14, 215; PIR99, 153).

(Ver tabla 13 en la página siguiente)

GRAVEDAD	TAS	FOBIA ESPECÍFICA
	Mayor	Menor
INICIO	Necesariamente antes de los 18 años	No necesariamente antes de los 18 años
PERSISTENCIA	4 semanas como mínimo	6 meses como mínimo (en los menores de 18 años)

Tabla 11. Diagnóstico diferencial Ansiedad por separación VS Fobia específica. Tomado de CABALLO, V., SIMÓN, M. A. (2008): *Manual de psicopatología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Editorial: Psicología Pirámide. Página 62.

INVENTARIOS DE MIEDOS	- Cuestionario de miedos para niños revisado (<i>Fear Survey Schedule For Children Revised</i> , FSSRC, Ollendick, King y Frary, 1989). - Inventario de miedos de Pelechano para padres de niños de 4 a 9 años. - Inventario de miedos de Sosa, Capafons, Conessa-Peraleja, Martorell, Silva y Navarro (1993). - Inventario de miedos revisado, adaptado en español por Sandín (1997).
TEST DE EVITACIÓN CONDUCTUAL	- Para observar la conducta del niño ante el estímulo fóbico.
PRUEBA DE APROXIMACIÓN CONDUCTUAL (PIR12, 74)	- Se observa como el niño interacciona con los estímulos fóbicos de forma gradual. - El modelo actual fue creado por Lang y Lazovik (1963). El procedimiento puede llevarse a cabo de dos maneras: • Aproximación activa: aproximación al estímulo fóbico. • Exposición pasiva: aproximación del estímulo fóbico (PIR14, 61).
PRUEBAS DE TOLERANCIA	- Observar cómo es el comportamiento infantil cuando interactúa con estímulos fóbicos de intensidad elevada. En este tipo de pruebas se presenta el estímulo fóbico sin gradación, muy intenso desde el principio.

Tabla 12. Pruebas de evaluación de las fobias infantiles.

	TRATAMIENTO MIEDOS Y FOBIAS		
	TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3
DS EN VIVO	X		
PRÁCTICA REFORZADA	X		
MODELADO CON PARTICIPACIÓN	X		
EMDR		X	
MODELADO SIN PARTICIPACIÓN		X	
AUTOINSTRUCCIONES DE VALENTÍA		X	
CUENTO MÁS JUEGOS		X	
ESCENIFICACIONES EMOTIVAS		X	
IMÁGENES EMOTIVAS			X
PSICOTERAPIA			X

Tabla 13. Tratamiento de los miedos y fobias. En Pérez (2011).

- Desensibilización sistemática (DS): bien establecido (PIR10, 164).

La DS es la técnica **más utilizada** por los clínicos para tratar las fobias infantiles.

El **objetivo** es eliminar las respuestas de ansiedad condicionadas del sujeto, exponiéndolo a los estímulos ansiógenos mientras se encuentra en un estado emocional incompatible con la ansiedad (relajación muscular).

Los estudios apuntan que la DS en vivo es más eficaz que la DS en imaginación.

La utilización de **DS en imaginación** con niños pequeños presenta algunas dificultades, ya que el niño debe poder ordenar e imaginar vívidamente las escenas temidas.

La DS en imaginación resulta poco eficaz con niños menores de 10 años, así que en estos casos es más útil utilizar la **DS en vivo** u otra estrategia operante (p. ej., práctica reforzada).

La **respuesta incompatible** utilizada con más frecuencia es la relajación muscular (ésta puede enseñarse de la manera indicada en el tema 13 ansiedad general). También se han utilizado otros métodos como la ingesta de alimentos, el juego, la risa, las imágenes emotivas, la música, realizar actividades divertidas y el apoyo emocional de padres o terapeutas.

Para construir la jerarquía de ansiedad hay que recopilar la mayor información posible de los padres sobre los estímulos que anteceden a la reacción de ansiedad para elegirlos ítems más apropiados y construir una "jerarquía provisional". Es necesario que se contraste la información externa con la del niño (termómetros de miedo, dibujos, fotos...). La jerarquía debe ser concreta, específica y apropiada al tipo de exposición. La exposición en vivo es el tratamiento de elección para las fobias, sin embargo ésta es rechazada o abandonada en muchas ocasiones por los pacientes debido a la intensidad del miedo de enfrentarse al estímulo temido. El uso de la realidad virtual puede subsanar este problema.

La **realidad virtual** ofrece una serie de ventajas como la seguridad que proporciona al sujeto, puede utilizarse como paso intermedio hacia una exposición en vivo o el mundo real, ofrece un mayor grado de confidencialidad (ya que se hace en la consulta) y resulta más económico. Además permite estimular varias modalidades sensoriales a la vez.

- Práctica reforzada: bien establecido (PIR14, 205).

La práctica reforzada supone un **método operante de moldeamiento (PIR99, 154)** para eliminar los comportamientos fóbicos. Consiste en ir reforzando conductas de aproximación gradual a los objetos temidos hasta que el niño pueda permanecer en contacto con ellos sin escapar y sin evitarlos (PIR13, 173; PIR00, 152).

Es importante que el niño repita cada paso de la secuencia varias veces antes de poder pasar al siguiente.

Se **diferencia de la DS** en que la práctica reforzada se centra en la adquisición de las respuestas observables de aproximación mediante reforzamiento positivo. Por otro lado, la DS se centra en la reacción subjetiva de miedo y los agentes inhibidores de ansiedad.

La práctica reforzada se apoya en una serie de incitadores como son las instrucciones verbales, guía física, feedback de ejecución y la extinción de las conductas fóbicas.

Leitenberg señala cuatro elementos terapéuticos de la práctica reforzada:

- Práctica repetida de aproximación gradual a las situaciones fóbicas reales.
- Reforzamiento social o material.
- Feedback informativo en todos los ensayos.
- Instrucciones del terapeuta para promover las expectativas del progreso.

- Modelado participante: bien establecido (PIR99, 140; PIR12, 209; PIR13, 98; PIR15, 94).

Es este tratamiento, el niño observa un modelo que realiza diferentes conductas con el estímulo fóbico de forma gradual. Una vez que el modelo termina, anima e incita al niño a que interactúe con el estímulo fóbico proporcionando refuerzo emocional positivo y/o guía física.

Si durante la intervención además de las instrucciones verbales se utiliza la guía física la técnica es llamada **Desensibilización por contacto (Ritter)**.

- Desensibilización sistemática mediante movimientos oculares (EMDR): probablemente eficaz.

Esta técnica fue creada por **Shapiro** para el tratamiento del TEPT.

Esta técnica se basa en la utilización de los movimientos sacádicos oculares formando un movimiento de seguimiento del dedo del terapeuta mientras éste lo mueve de lado a lado frente a la cara del niño. Durante estos movimientos oculares, se reproducen mentalmente las imágenes mentales fóbicas que se quieren superar.

- Autoinstrucciones de valentía: probablemente eficaz.

Es la técnica cognitiva más empleada. Se usan cuando la actividad cognitiva es especialmente relevante y consiste en que el niño aprenda a cambiar su diálogo interno.

Kanfer y cols. (1975) encontraron que las autoinstrucciones focalizadas en la competencia infantil ("soy valiente", "puedo hacerlo") son más eficaces que las autoinstrucciones neutras y las centradas en el estímulo fóbico.

No suele utilizarse como técnica aislada, sino como anticipo a una técnica de exposición o de práctica reforzada para las conductas evitativas.

- Cuentos más juegos: probablemente eficaz.

Es una técnica creada para el tratamiento de la **nictofobia** y pensada para que la apliquen los padres.

Los padres utilizan en sus instrucciones el moldeamiento o las aproximaciones sucesivas, además del reforzamiento social. La técnica se completa con la utilización del cuento "Tío pies ligeros", formados por 12 capítulos donde el niño protagonista actúa como modelo simbólico a través de 9 juegos de afrontamiento que también incluyen la relajación.

- Escenificaciones emotivas: probablemente eficaz.

Es una técnica creada por **Méndez** en 1986 para tratar las fobias en niños pequeños (3-8 años).

Es un paquete de tratamiento que incluye varias técnicas:

- DS en vivo.
- Modelado participante.
- Reforzamiento positivo (social y material) de las conductas de aproximación.
- Inhibición de la ansiedad mediante las emociones positivas generadas en el juego.

Consta de tres fases (ver tabla 14 en la página siguiente).

- Modelado: probablemente eficaz.

El niño observa a otro niño interactuando con las situaciones temidas sin mostrar ningún problema.

Hay 3 técnicas principales:

- **Modelado simbólico.**
El niño ve una película donde otro niño (modelo) de parecido a él mantiene va aumentado el contacto con las situaciones fóbicas.
- **Modelado en vivo.**
El niño observa un modelo real que se enfrenta de forma gradual con las situaciones temidas.

PREPARACIÓN	- Se crea una jerarquía de las situaciones temidas, se eligen los reforzadores adecuados y se eligen los juegos a utilizar en la escenificación. Es importante que el terapeuta conozca los dibujos animados de moda.
APLICACIÓN	- La sesiones tienen una duración de unos 30 minutos: 1. El terapeuta explica la sesión y enseña al niño lo que debe hacer si se siente mal. Después, las comienzan a jugar, interpretando cada uno su papel. 2. Cuando el niño se encuentra involucrado en el juego, le ordena que realice el primer ítem de la jerarquía. Se repite tantas veces como sea necesario hasta que el niño realiza la conducta observada, si es necesario con la ayuda del terapeuta. Se refuerza la ejecución. 3. Cada ítem de la jerarquía debe ser realiza 2 veces sin ansiedad para pasar al siguiente. La sesión siempre finaliza con una situación que ha sido superada sin demostrar ansiedad.
CONSOLIDACIÓN	- Se efectúan algunas sesiones adicionales (sobreprensaje) de las situaciones que resultaron más difíciles de superar para garantizar el mantenimiento.

Tabla14. Fases de las Escenificaciones Emotivas (Méndez).

TIPO DE TÉCNICA	IMÁGENES EMOTIVAS	ESCENIFICACIONES EMOTIVAS
		Una única técnica (PIR13, 136)
TIPO DE EXPOSICIÓN	En imaginación	En vivo

Tabla 15. Diferencias entre las imágenes emotivas y las escenificaciones emotivas (PIR93, 49).

• Modelado participante.

Tras observar el comportamiento del modelo real, el terapeuta guía físicamente al niño para realizar la conducta observada. Ha demostrado ser el método más eficaz para tratar las fobias infantiles.

- Imágenes emotivas: fase experimental.

Lazarus y Abramovitz crearon esta técnica en 1962 como un procedimiento de "inhibición recíproca" (PIR94, 223; PIR09, 128) alternativo a la DS. En lugar de utilizar la relajación como respuesta incompatible, utilizan respuestas emocionales positivas de autoafirmación, orgullo, amor, alegría...

El niño tiene que imaginarse situaciones que el terapeuta va narrando, en las que están presentes sus héroes o personajes favoritos (PIR11, 170). Cuando se han creado en el niño las emociones positivas intensas se introduce en la narración un elemento fóbico que provoca poca ansiedad y poco a poco se van introduciendo otros ítems más ansiógenos. Si durante la narración el niño muestra ansiedad, se retira el estímulo fóbico de la narración y se inducen de nuevo emociones positivas (PIR13, 136; PIR99, 159).

Los resultados obtenidos con la aplicación de esta técnica son contradictorios:

- Tiene los mismos inconvenientes que la DS para imaginar estímulos fóbicos.
- No está claro si el niño aprende a discriminar entre realidad y fantasía cuando se enfrenta a situaciones reales.
- Parece ser útil para trabajar el estrés y el miedo en niños con distintos problemas médicos.
Por ejemplo, se usa con frecuencia en oncología pediátrica y para preparar a los niños a la hospitalización.

(Ver tabla 15)

Fobia a la oscuridad o nictofobia

La fobia a la oscuridad o **nictofobia** es una fobia específica que se caracteriza por la presencia de respuestas emocionales negativas, respuestas psicofisiológicas, motoras y cognitivas que se presentan en situaciones de oscuridad y que resultan desproporcionadas y desadaptativas.

El miedo a la oscuridad es el más prevalente en la infancia. Siendo normal alrededor de los 4 años si se mantiene durante mucho tiempo o es muy intenso puede convertirse en un grave problema. Para diferenciar el miedo a la oscuridad, que es evolutivo, de la nictofobia, la APA establece el criterio temporal de un mínimo de 6 meses.

En su aparición y mantenimiento intervienen varios procesos de aprendizaje (condicionamiento clásico y operante, vicario y cognitivo).

Mooney, Graziano y Katz (1985) distinguen 4 componentes del miedo a la oscuridad:

- Daño físico.
Miedo a la muerte y a las heridas.
- Seres fantásticos o sobrenaturales
- Características sensoriales.
Sombras y ruidos (sonido del viento).
- Ansiedad de separación.
Preocupaciones sobre si los padres siguen en casa.

La nictofobia es muy común entre los niños. Se cree que 1/3 de los niños de entre 5 y 8 años la padecen. Sin embargo este miedo suele remitir espontáneamente a partir de los 9 años.

La prevalencia de la fobia a la oscuridad o nictofobia es del 2%, siendo más frecuente en niñas, y entre los 7 y los 10 años.

Normalmente la decisión de acudir a un especialista está relacionada con el grado de malestar que produce la fobia.

TRATAMIENTOS UTILIZADOS EN LA NICTOFOBIA (PIR08, 110)

Desensibilización sistemática en vivo
Imágenes emotivas
Práctica reforzada
Modelado simbólico
Autoinstrucciones en competencia
Terapia de juegos

Tabla 16. Intervención en la nictofobia.

Klingman (1988) ha desarrollado un procedimiento de **modelado simbólico** (PIR07, 140; PIR08, 115; PIR09, 171; PIR11, 181) consistente en leer cuentos al niño en el que se incluyen diferentes modelos que se enfrentan a varias situaciones de oscuridad de manera satisfactoria. Después de leerle las historias comenta con el niño las historias y sus experiencias personales con la oscuridad. Reforzando los comentarios sobre emociones positivas en la situación y conductas de afrontamiento.

Kanfer, Karoy y Newman (1975) desarrollan un programa de autoinstrucciones de competencia consistente en decir frases de ánimo que potencias las conductas de afrontamiento ("Tú puedes", "lo vas a conseguir").

Mikulas y Coffman realizan terapia de juego basada en el cuento de "Tío pies ligeros" y Méndez adapta su terapia de escenificaciones emotivas.

Fobia escolar

Descripción del cuadro

Consiste en un temor intenso en relación a asistir al colegio y se caracteriza por una gran dificultad y rechazo a ir al colegio, lo que da lugar a prolongadas ausencias de la escuela (al menos 2 semanas). Es considerada por algunos autores como un trastorno secundario a la ansiedad por separación (PIR97, 216).

Produce una gran alteración emocional y puede expresarse de múltiples maneras:

- Actitud negativista expresada mediante conductas disruptivas o de inhibición.
- Reacciones de temor (lloros, gritos) y miedos inespecíficos.
- Explosiones de mal humor.
- Quejas somáticas (vómitos, dolores difusos...)
- Dificultades en la alimentación y el sueño.
- Relación muy dependiente con los padres.

Existen tres grandes posturas en cuanto a la conceptualización de la fobia escolar (PIR95, 68):

- **Klein.**
Lo considera una alteración secundaria a un Trastornos de ansiedad por separación.
- **Echeburúa.**
Lo considera un cuadro nosológicamente diferente e independiente del Trastorno de ansiedad por separación.
- **Otros autores.**
Sostienen que la fobia escolar no existe como entidad nosológica independiente, sino que es una forma de fobia específica.

Clasificación

Kennedy (1965) distingue dos tipos de fobia escolar (ver tabla 17).

Etiología

Los factores precipitantes pueden ser, entre otros:

- Cambio de centro escolar.
- Marcha o muerte de los padres.
- Enfermedad o accidente que mantienen un tiempo hospitalizado.
- Miedo ante amenazas, profesor o el fracaso académico.

Diagnóstico diferencial

- **Trastorno de ansiedad por separación.** (Ver tabla 18 en la página siguiente)
- **Novillos o vagancia.** (Ver tabla 19 en la página siguiente)

Tratamiento

Se emplean las mismas técnicas que para el resto de las fobias.

TIPO I O NEURÓTICO	TIPO II O CARACTERIOLÓGICO
En niveles primarios	En niveles secundarios
Un primer episodio	Varios episodios
Presentación aguda	Presentación insidiosa
Previa enfermedad	No enfermedad precedente
Preocupación por la muerte	No le preocupa la muerte
Preocupación por la salud de la madre que piensa que enferma frecuentemente	No hay enfermedades de la madre relacionadas
Sin problemas familiares	Con problemas familiares
Equilibrio emocional de los padres	Trastorno de ansiedad o afectivo en la madre y de personalidad en el padre
El padre muestra interés por la casa y los niños	El padre muestra poco interés por la casa y el niño
Buena colaboración con el tratamiento	Mala colaboración con el tratamiento
Más elementos de ansiedad	Más elementos de problemas de conducta
Pronóstico más favorable	Pronóstico menos favorable

Tabla 17. Clasificación de la fobia escolar (Kennedy).

	FOBIA ESCOLAR	TAS
EDAD MEDIA	14 años	9 años
SEXO (PREDOMINIO)	Niños	Niñas
CLASE SOCIAL	Media alta	Media baja
RECHAZO A LA ESCUELA	Siempre	Casi siempre
PADRES CON TRASTORNOS EMOCIONALES	Menos frecuente	Muy frecuente
OBJETIVO TRATAMIENTO	Vuelta colegio	Separarse de los padres

Tabla 18. Diagnóstico diferencial Fobia escolar VS Ansiedad por separación.

FOBIA ESCOLAR	VAGANCIA O NOVILLOS
El niño muestra gran ansiedad a permanecer en la escuela (PIR15, 58)	El niño no muestra ansiedad en la escuela
Ausencias de forma continuada	Ausencias de forma intermitente
Los padres conocen el problema	Los padres no conocen las faltas
Sobreprotección materna	No sobreprotección materna
El niño prefiere estar en casa	El niño prefiere estar en la calle
Buen rendimiento académico	Mal rendimiento académico
Alteraciones somáticas: Alimentación Sueño Enuresis Nauseas o vómitos Dolores diversos	Alteraciones conductuales: Mentiras Agresiones Robos Fugas de casa Negativismo
Antecedentes familiares de ansiedad	Antecedentes familiares de trastornos de conducta

Tabla 19. Diagnóstico diferencial Fobia escolar VS Vagancia/novillos.

EL NIÑO SOLITARIO	Con baja motivación para acercarse a otros niños y baja motivación de evitación. Es decir, un niño que está tranquilo sin relacionarse con los demás niños y no muestra ansiedad social.
EL NIÑO INHIBIDO O TÍMIDO	Alta motivación de aproximación y alta motivación de evitación. Niños que quieren relacionarse con otros niños pero que no pueden porque muestran una alta ansiedad social.
EL NIÑO RECHAZADO	De alta motivación de aproximación y baja aceptación social. Son aquellos niños que quieren relacionarse y no tienen ansiedad social, pero que son rechazados por los demás niños.

Tabla 20. Tipología del grupo de Asendorpf.

13.3. Fobia social en la infancia

Introducción

Dentro el campo de la interacción social, el **grupo de Asendorpf** realiza una clasificación de los posibles problemas que pueden aparecer en niños o adolescentes en base a tres dimensiones: la motivación de aproximación, motivación de evitación y el grado de aceptación. De esta manera se obtienen tres tipologías (ver tabla 20).

La **ansiedad social** es un concepto poco definido que puede abarcar diferentes categorías como la timidez, la inhibición conductual o la fobia social. Se conoce que dentro de la ansiedad social se encuentran dos tipos de miedos:

- Miedo a los extraños.
Asociado a la inhibición conductual.
- Miedo a la evaluación social.
Asociado a la timidez.

La **inhibición conductual** (Kagan, 1990) se ha descrito como un rasgo temperamental con tendencia a responder con ansiedad ante estímulos novedosos o situaciones no familiares. Esto produciría la inhibición de conductas, menor interacción social, búsqueda de proximidad con el cuidador y sentimientos de malestar.

Este rasgo temperamental tiene efectos muy negativos sobre el desarrollo del niño, ya que produce un retraso en la adquisición de habilidades sociales y en la integración social. El sufrimiento y malestar generado puede predisponer a padecer otros trastornos como depresión, de personalidad por evitación o consumo de tóxicos. Estos niños inhibidos desarrollan problemas de internalización en mayor medida que otros niños, este rasgo temperamental puede considerarse un factor de vulnerabilidad general para desarrollar trastornos de ansiedad o depresión.

La **timidez** se define como el miedo ser evaluado negativamente en situaciones sociales tanto por personas conocidas como por desconocidas. Por otro lado, la fobia social se refiere a los casos intensos de timidez que interfieren negativamente en la persona.

Beidel y Randal (1994) señalan como situaciones más temidas por niños entre 8-12 años:

- Hablar en público.
- Comer en público.
- Escribir en público.
- Ir a fiestas.
- Hacer uso de aseos públicos.
- Hablar con personas con autoridad.
- Hablar de forma informal con otros niños, padres o amigos.
- Jugar en público.

A pesar de que hablar en público es la situación poco común es la más temida mientras que hablar de manera informal, que sí es una situación a la que se ven expuestos con mucha frecuencia, es menos temida por estos niños (PIR07, 125; PIR10; 32).

Criterios diagnósticos

El **DSM** emplea los criterios diagnósticos generales de **Fobia social** también para el diagnóstico de este trastorno en niños y adolescentes.

Epidemiología y curso

Se estima su prevalencia entre el 5-10% de los niños y adolescentes.

Es más frecuente en niñas.

Es la continuación del miedo a los extraños que aparece en la segunda mitad del primer año y que suele disminuir hacia la mitad del segundo año.

Como trastorno suele comenzar de forma más tardía que otros trastornos de ansiedad en la infancia (PIR08; 82), sobre los 12 años y puede perdurar hasta la vida adulta como ansiedad social específica, generalizada o trastorno de personalidad por evitación.

Diagnóstico diferencial

- Niños que no desean un contacto social como en el caso de los TGD.
- Niños tímidos con problemas en un primer contacto pero que con el tiempo se van superando.

La fobia social generalizada presenta mayor afectación en el funcionamiento psicosocial que la fobia social específica (PIR16, 198).

Etiología

Los modelos explicativos apuntan hacia la interacción entre variables ambientales (contextos sociales negativos), variables orgánicas y factores de precipitación.

Pastor y Sevilla (1999) proponen como factores explicativos:

- Déficits de habilidades sociales.
- Presencia de traumas.
- Creencias disfuncionales.
- Aprendizaje por consecuencias.
- Presencia de otros problemas: baja autoestima, complejos, cambios de contexto social.

Evaluación

Para poder realizar el diagnóstico, debemos hacer una evaluación exhaustiva de las relaciones sociales del niño, sus habilidades sociales, el nivel de ansiedad social y sus habilidades asertivas.

Para evaluar los miedos sociales se ha utilizado la Escala de Ansiedad Social para Niños Revisada (Social Anxiety Scale for children-revised) de **LaGreca y Stone** (1993) mediante la cual se pueden evaluar las siguientes dimensiones de ansiedad ante los iguales: miedo a la evaluación negativa ante los iguales, evitación social y malestar; situaciones nuevas, evitación social y malestar general (PIR08, 79).

Tratamiento

En primer lugar hay que comprobar si el niño o adolescente tiene en su repertorio conductual habilidades de manejo de su entorno social, porque este factor va a condicionar la elección o el orden del tratamiento: si hay problemas en las habilidades sociales se empezará por ahí. Si no, lo más probable es que se empiece con la exposición (PIR07, 132).

Las técnicas más utilizadas son la exposición, el entrenamiento en habilidades sociales y la reestructuración cognitiva.

Manejo de la timidez

Según **Pérez y cols.** (2011) existen los siguientes tratamientos:

1. Tratamientos bien establecidos:
 - Tratamiento con modelado simbólico (O' Connor y cols.).
2. Tratamientos probablemente eficaces:
 - Otros tratamientos con modelado simbólico (otros autores).
 - Entrenamiento en habilidades sociales.
 - Técnicas cognitivo conductuales (Weinrott y cols. y Trianes y cols.).
3. Tratamientos en fase experimental:
 - Técnicas operantes.
 - Técnicas cognitivo conductuales (otros autores).
 - Tratamiento por exposición.
 - Tratamientos no cognitivo conductuales.

Tabla 21. Intervención en la timidez.

- **Modelado simbólico (O'Connor, 1969)**: bien establecido (PIR13, 96). Consiste en que el niño vea solo una película en la que un niño se relaciona con otros niños en una guardería siendo reforzado por ello. La película tiene las escenas graduadas por nivel de miedo que la conducta de interacción puede originar en los niños.

FASE EDUCATIVA Y DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de las normas del grupo. - Enseñanza de un modelo explicativo de la ansiedad y de la fobia social poniendo especial énfasis en las respuestas de evitación y escape como elemento que mantiene el problema. - Terapia cognitiva de Beck. - Técnicas de resolución de problemas.
FASE DE EXPOSICIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Ensayos de conducta. - Exposición en vivo graduada.

Tabla 23. Fases del CBGT-A.

OTROS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN FOBIA SOCIAL EN LA INFANCIA	
1. SET-C (Social Effectiveness Therapy for Children) . Terapia para la eficacia social para niños. Beidel y cols. incluye:	<ul style="list-style-type: none"> • Componente educativo • Entrenamiento en habilidades sociales. • Exposición en vivo. • Generalización.
2. CBI (Cognitive Behavior Interventions) . Spence y cols. (2000) :	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades sociales • Resolución de problemas. • Exposición. • Reestructuración cognitiva.
3. IAFS . Intervención en adolescentes con fobia social. Olivares y cols.:	<ul style="list-style-type: none"> • Componente educativo. • Reestructuración cognitiva. • Entrenamiento en habilidades sociales. • Exposición.
4. PEHIS. Inés Monjas . Programa de entrenamiento en habilidades sociales. Entrena 6 áreas:	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades básicas. • Habilidades para hacer amigos. • Habilidades conversacionales. • Habilidades con sentimientos. • Habilidades de solución de problemas interpersonales. • Habilidades para relacionarse con adultos. <p>En cada unidad se utilizan 5 técnicas para el aprendizaje de las habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información. • Modelado. • Práctica. • Feedback y refuerzo. • Generalización.
5. PAHS . Programa de Asertividad y Habilidades sociales. Consta de 5 módulos:	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación interpersonal. • Asertividad. • Emociones. • Interacciones sociales positivas. • Interacciones sociales difíciles.
6. García y Magaz desarrollan otros programas:	<ul style="list-style-type: none"> • ESCEPI: enseñanza de soluciones cognitivas para evitar problemas interpersonales. Basado en el programa ICPS de Spivack y Shure. • AVANCEMOS: que incluye entrenamiento en comunicación eficaz, evitación de problemas, asertividad, seguridad en uno mismo y manejo de la ansiedad.

Tabla 24. Otros programas de intervención en la fobia social en la infancia.

Manejo de la fobia social

- **Tratamiento farmacológico.**
Se han utilizado **antidepresivos** tricíclicos (clomipramina) IMAO e ISRS. Se recomienda la combinación de este tratamiento con la terapia de conducta para reducir las recaídas al suspender la medicación.
- **Tratamiento psicológico.**

Según Pérez y cols. (2011) existen los siguientes tratamientos:

1. Tratamiento bien establecido:
 - CBGT-A *Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents* (Albano et al.).
2. Tratamientos probablemente eficaces:
 - Tratamientos multicomponentes de otros autores.
3. Tratamientos en fase experimental:
 - No se refieren.

Tabla 22. Intervención en la fobia social en la infancia.

- **Tratamiento multicomponente CBGT-A Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents (Albano et al.)**. Es un programa formado por 16 sesiones de 90 minutos de entrenamiento en habilidades específicas para afrontar situaciones sociales ansiógenas. Consta de dos fases (ver tabla 23 en la página anterior).
- **Otros programas de intervención en la fobia social en la infancia.** (Ver tabla 24 en la página anterior)

13.4. Trastorno obsesivo compulsivo en la infancia

Introducción

El TOC se ha descrito como un problema de inicio en la adolescencia, sin embargo, existen datos suficientes para determinar que en muchos casos comienza en la infancia. Por ello es necesaria su detección precoz, ya que de esta manera su intervención puede ser mucho más temprana y con mejor pronóstico.

Una de las situaciones más importantes a diferenciar del trastorno es la aparición de rituales en la infancia. A lo largo del desarrollo pueden surgir conductas ritualistas en gran parte de los niños. En general se realizan de forma lúdica, aunque pueden evolucionar y relacionarse con conductas de ansiedad (PIR99, 197).

- Entre los 3 y los 6 años, es normal la aparición de rituales en torno a los hábitos básicos (comer, higiene, ir a la cama...), aparición de pensamiento mágico o de rituales lúdicos como andar a saltos o contar escalones.
- Entre los 6 y los 12 es más común el coleccionismo y la aparición de conductas supersticiosas.
- En la adolescencia estos rituales tienden a disminuir.

Criterios diagnósticos

Los adultos reconocen que sus supersticiones y compulsiones son irracionales, pero los niños pueden no cumplir con esta características e incluso no hablar de sus síntomas. El resto de las características aparecen de manera similar a como lo hacen en los adultos.

Piacentini y Bergman distinguen 4 patrones principales de síntomas del TOC en niños y adolescentes:

- Obsesiones de contaminación seguidas de compulsión de lavado o de evitación compulsiva de objetos "contaminados".
- Duda patológica y obsesión de dudas seguida de compulsión de compensación.
- Pensamientos intrusivos obsesivos sin compulsiones que suelen ser pensamientos repetidos de un acto sexual o agresivo reprochable para el niño.
- Necesidad de simetría o precisión que le lleva a una lentitud excesiva a la hora de realizar actividades sencillas.

Epidemiología y curso

Se estima una prevalencia del 0,7% en niños, aunque muchos estudios la aumentan hasta un 2-3%.

En poblaciones clínicas hay un predominio de varones con un ratio de 2:1.

El comienzo del trastorno sitúa su media en los 12 años, variando entre los 7 y los 18.

Generalmente el comienzo es progresivo aunque suele verse incrementada su intensidad en relación a situaciones estresantes.

Diagnóstico diferencial

(Ver tabla 25)

Etiología

El trastorno se produciría por una suma de vulnerabilidad biológica, psicológica y la aparición de factores precipitantes.

Existen determinadas creencias irracionales que explican su origen y mantenimiento. El niño suele interpretar sus pensamientos intrusivos de forma catastrofista, dándoles credibilidad a pesar de no tener ninguna evidencia.

Las compulsiones se afianzan a través de un proceso de reforzamiento negativo al evitar las posibles consecuencias negativas de las obsesiones. La habituación a las obsesiones no se produce debido a la rapidez con que se realizan las compulsiones.

Evaluación

Pueden utilizarse las **escalas clásicas** adaptadas para niños (ver tabla 26 en la página siguiente).

Estos instrumentos pueden acompañarse de **autorregistros** para completar la información.

	RITUALES EVOLUTIVOS NORMALES (PIR15, 54)	RITUALES COMPULSIVOS
CONTENIDO	Lúdico y placentero	Reducir el malestar (miedo)
CONSECUENCIAS	Sin consecuencias	Produce irritabilidad y malestar
RELACION CON LA VIDA	No la tiene	Gran interferencia
PREVALENCIA	No existe	Tanto el sujeto como las personas cercanas

La fobia social y el TOC: Rituales evolutivos normales VS Rituales compulsivos.

PRUEBAS ESPECÍFICAS

- Escala de Obsesiones y Compulsiones para niños de Yale Brown (*Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale CY-BOCS*)
- Inventario de Leyton en su versión para niños (LOICV)
- Inventario Maudsley de Obsesiones y Compulsiones (*Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory, MOCI*)
- Inventario de Padua (*Padua inventory, IP*)

Tabla 26. Pruebas de evaluación del TOC en la infancia.

Tratamiento

- **Tratamiento farmacológico.**

Se emplean **antidepresivos** tricíclicos (clomipramina), IMAOS e ISRS. Se recomienda su uso junto a la psicoterapia para mantener la mejora. La terapia es más eficaz cuando ambos componentes se utilizan de forma conjunta.

- **Tratamiento psicológico.**

• **Exposición con prevención de respuesta.**

Es el procedimiento considerado eficaz para este trastorno y se recomienda que se lleve a cabo junto con otras técnicas operantes (PIR11, 175; PIR15, 113).

Lo habitual es programar la exposición en el medio natural del niño, empleando una aproximación más gradual y con tiempos de exposición más corto que con los adultos.

En la exposición con prevención de respuesta se expone al sujeto al estímulo temido y se le impide que realice los rituales, esto le permite comprobar que aunque no realice los rituales no ocurrirá el daño esperado, generando un cambio en las expectativas y por tanto una extinción de las compulsiones.

Otras técnicas que pueden añadirse son:

- Extinción de la atención paterna y de la implicación de los familiares en los rituales.
- Refuerzo diferencial de respuestas adaptativas.
- Estrategias que motiven al niño a colaborar.

Es muy importante que los padres y el terapeuta colaboren en el tratamiento, ya que los niños con TOC:

- Suelen ocultar al terapeuta sus obsesiones y cómo realizan los rituales.
- Suelen incluir a los diferentes miembros de la familia en la realización de los mismos.

• **Otras técnicas empleadas:**

- Reestructuración cognitiva.
- Reemplazamiento o inversión del hábito.
- En la que se desarrolla un hábito incompatible con la compulsión.
- Saciación.

Práctica masiva. Grabando la obsesión y escuchándola en repetidas ocasiones mientras el niño practica la relajación y sin respuestas de escape (Orgilés, Espada y Méndez).

La **detención del pensamiento** no es técnica de elección en la actualidad. Emmelkamp y Kwee llegaron a demostrar en 1977, la ineficacia de este procedimiento (PIR09, 173) y consideran que su uso puede llegar a ser contraproducente (PIR07, 131).

13.5. Trastornos por estrés en la infancia

Criterios diagnósticos

Los niños y adolescentes son una población vulnerable de sufrir Trastorno por estrés postraumático o Trastorno por estrés

agudo, en el caso de verse expuestos a un suceso altamente estresante o traumático.

El DSM tiene en cuenta que en los niños, las manifestaciones del trastorno no son exactas a las observadas en adultos.

Los niños pueden expresar el trauma a través de juegos, ansiedad de separación y conductas de dependencia. También pueden aparecer problemas en los estudios y en las relaciones sociales y familiares. Las manifestaciones pueden ser muy variadas y esto puede deberse a la vulnerabilidad personal previa al trauma, el grado de exposición al trauma o a la reacción de los padres.

Epidemiología y curso

No se tienen muchos datos sobre población infanto-juvenil. Se estima que alrededor de las 3/4 partes de los niños que experimentan un hecho traumático desarrollan el trastorno.

Como se ha explicado anteriormente las manifestaciones del trastorno son muy variables entre los distintos sujetos.

No todos los niños que experimentan un suceso traumático desarrollan un trastorno de estrés, pero se conoce que hay 3 factores que pueden predecir el desarrollo de diferentes niveles sintomáticos en niños y adolescentes:

- La intensidad del trauma.
- La angustia de los padres relacionada con el trauma.
- La proximidad cronológica con el acontecimiento traumático.

Etiología

Nos remitimos en este apartado a la información presentada al respecto en el Manual de Psicología Clínica.

Evaluación

Se debe comenzar por la **entrevista** en la que se deben recoger datos de:

- Las características y las consecuencias del suceso traumático.
- Las manifestaciones que presenta el niño: conductas evitativas, hiperactividad...
- La interferencia producida en la vida cotidiana.

También se utiliza la **observación directa** para conocer sus reacciones ante estímulos y situaciones que le recuerden el trauma. Esta observación puede realizarse durante el **juego libre o en situaciones estructuradas** previamente.

En ocasiones también se ha utilizado la **tarea de Stroop**, en la que se observa la demora al verbalizar el color de palabras relacionadas con el suceso traumático, comparándolas con palabras neutras; se interpreta como una interferencia.

Tratamiento

El tratamiento que cuenta con más apoyo es el cognitivo conductual, concretamente el compuesto por técnicas de exposición más técnicas cognitivas, aunque no está claro el papel que cumplen por separado sus componentes.

El objetivo de estas técnicas en aliviar y eliminar los síntomas para aumentar la capacidad de afrontamiento y la sensación de control.

La Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma (TF-CBT, de Deblinger y Helflin; Cohe, Mannarino y Deblinger) es un tratamiento bien establecido en el caso de trauma infantil. Incluye, entre otros componentes: exposición gradual al trauma (de forma verbal o escrita), reestructuración cognitiva, manejo

del estrés y entrenamiento para los padres/cuidadores en habilidades parentales y emocionales.

(Ver tabla 27)

13.6. Trastornos del estado de ánimo en la infancia

En las clasificaciones internacionales, tanto en el DSM-IV-TR como en la CIE-10, no se incluyen trastornos afectivos específicos de la infancia sino que se incluyen dentro de los trastornos afectivos generales, pero sí que se encuentran algunas características específicas (PIR).

Trastornos depresivos
Introducción histórica
(Ver tabla 28)

Criterios diagnósticos

Entre los trastornos depresivos infantiles encontramos: trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno depresivo no especificado.

A la hora de realizar el diagnóstico debemos tener en cuenta que las manifestaciones cambian en función de la etapa evolutiva en la que se encuentre el niño, ya que la edad es una variable moduladora del trastorno (PIR).

TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN (PIR13, 102)	<ul style="list-style-type: none"> - Es un elemento principal, puede hacerse de manera conductual o narrativa. En general se recomienda una exposición gradual. Puede utilizarse en varias modalidades: - Desensibilización sistemática mediante movimientos oculares (DMRO). Shapiro. Variante de exposición en imaginación combinada con movimientos oculares sacádicos. - Imaginación guiada: en estado de relajación el terapeuta evoca el acontecimiento traumático. - Presentación de fotografías o de grabaciones del suceso traumático o acontecimientos similares.
TERAPIA COGNITIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Centrada en la detección y corrección de las cogniciones desadaptativas, y en los sentimientos de culpabilidad, y en reconducir las expectativas de cara al futuro. - Se utiliza sobretodo de la terapia cognitiva de Beck.
TÉCNICAS DE MANEJO DE LA ANSIEDAD	<ul style="list-style-type: none"> - El entrenamiento en inoculación de estrés de Meichembaum se ha utilizado en TEPT con éxito, aunque con menor apoyo empírico que la exposición. - Otras técnicas utilizadas para la ansiedad son la relajación muscular progresiva, el entrenamiento en respiración, la detención del pensamiento o la elaboración de imágenes positivas.
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> - Se ha recurrido en caso de acompañarse de depresión o de ideación suicida. - En estos casos el tratamiento de elección es la utilización de ISRS.

Tabla 27. Intervención en los trastornos por estrés en la infancia.

AUTORES IMPORTANTES EN EL ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Spitz (PIR02, 96)

Uno de los primeros autores en estudiar la depresión infantil. Introdujo el término de **depresión anaclítica**: trastorno derivado de la privación parcial del objeto de amor primario (PIR94, 208). Aparecía en niños hospitalizados de entre 6 y 8 meses como reacción ante situaciones en que se veían privados de una figura materna. La sintomatología descrita estaba formada por llanto y retraimiento, pérdida de peso, retraso en el desarrollo intelectual, inmovilidad y rigidez después de 3 meses con mirada perdida y contacto social dificultoso (PIR04, 178).

Consta de tres fases:

- Reactiva.
- Depresiva.
- Hospitalismo.

Spitz también observó que la recuperación era casi completa si la ausencia de la figura materna era inferior a 3-5 meses, pero si la ausencia duraba más aparecía un cuadro denominado **Marasmo o síndrome de hospitalismo** (extremo más grave de la depresión anaclítica): donde se producía pasividad, expresión facial vacía, movimientos espásticos, anomalías en la coordinación ocular, disminución del cociente de desarrollo y alto índice de mortalidad (irreversible) (PIR).

Bowlby

Estudió más en profundidad la depresión infantil, relacionándola también con la separación de la madre y estableciendo tres fases:

- Asténica y reactiva: el niño protesta, llora, grita y busca continuamente a su madre.
- Depresiva: el niño está desesperanzado y se muestra triste y retraído socialmente.
- Autodestructiva: se produce desinterés y desapego por los padres a los que parece haber olvidado.

Tabla 28. Autores importantes en el estudio de la depresión infantil.

Para poder diagnosticar a un niño de trastorno depresivo según el DSM, debe presentar: 1) Anhedonia (PIR11, 95) y 2) Ánimo triste o irritable (PIR09, 89; PIR10, 157). Las alteraciones del sueño, la pérdida de energía habitual y la disforia son frecuentes en población infantil con depresión (PIR04, 175). La heterogeneidad de los síntomas es elevada a estas edades (PIR03, 160).

Además en muchos casos los niños no serán capaces de expresarse verbalmente por lo que es muy importante centrarse en otros aspectos para poder hacer una valoración adecuada. El niño no suele quejarse de depresión y suelen ser los padres los que se tienen que percatar de la situación para que acudan a un especialista.

Durante la infancia predominan los síntomas psicofisiológicos y motores, mientras que en la adolescencia comienzan a tener importancia los síntomas cognitivos.

Suicidio en la infancia y la adolescencia

El suicidio se ha relacionado con la depresión, sobre todo en los casos que hay desesperanza. También se ha asociado a otros problemas conductuales como la impulsividad, el consumo de sustancias, el trastorno disocial (PIR07, 114), las conductas agresivas o los altos niveles de estrés.

En la población infanto-juvenil la tasa de suicidio es menor que la de los adultos, siendo mayor en los adolescentes que en los niños.

Epidemiología

Se estima una prevalencia del 2-5% para el trastorno depresivo mayor y del 10-14% del trastorno distímico. Esta prevalencia va aumentando con la edad.

En los niños más pequeños no se encuentran diferencias en el género (PIR07, 115), pero según avanza hacia la adolescencia la prevalencia de las chicas aumenta frente a la de los chicos, llegando en la edad adulta a un ratio de 2:1 con predominio de mujeres (PIR08, 75; PIR15, 52).

Diagnóstico diferencial

- Retraimiento social.

Se refiere al aislamiento del entorno social. Puede formar parte de un cuadro depresivo, aunque no es necesario para su diagnóstico.

- Duelo.

Es una reacción normal tras una pérdida (física o simbólica), pero si esta reacción supera los dos meses o genera una gran interferencia (DSM) podría considerarse un cuadro depresivo. Peña y Montaña (2001) describen tres fases en el duelo en los niños:

1. EVITACIÓN	Se evita el reconocimiento de la pérdida. Puede darse negación para amortiguar la reacción. La persona se encuentra aturrida y confundida.
2. CONFRONTACIÓN	La persona reconoce la pérdida y el duelo se experimenta más intensamente. Suele aparecer rabia y tristeza además de sentimientos de pánico o ansiedad generalizada. También son frecuentes los sentimientos de culpa.
3. RESTABLECIMIENTO	Disminuyen las reacciones de duelo y la persona acepta la pérdida.

Tabla 29. Fases del duelo en la infancia.

Etiología

Se plantean los mismos modelos que para los adultos, aceptándose un modelo de diátesis-estrés.

Wicks-Nelson e Israel exponen que la vulnerabilidad de los niños con padres con trastornos del estado de ánimo no es específica, sino que puede manifestarse en muchas áreas (PIR07, 116). Éste puede manifestar problemas académicos, retraimiento social, conductas disociales, hiperactividad o problemas emocionales (ansiedad y depresión).

Dodge (1990), refiere que la vulnerabilidad no es solo biológica, sino que la depresión de los padres puede influir en los hijos a través de las pautas de crianza o las interacciones en el entorno social. La depresión de los padres no solo influye como un factor de riesgo, sino que tiene consecuencias negativas en otras áreas vitales y de funcionamiento.

Orvaschel, Walsh-Allis y Ye en sus estudios de 1988 descubrieron que hay un mayor número de trastornos en hijos de padres deprimidos, aunque estos trastornos no son necesariamente depresivos.

Por otro lado se ha relacionado la depresión de los padres y de los niños con las teorías del apego. Cummings y Cicchetti (1990) demostraron que la ausencia de disponibilidad y de sensibilidad emocional relacionadas con la depresión, son predictores fiables y sólidos de un apego inseguro entre el niño y el progenitor (PIR08, 77; PIR10, 34).

Evaluación

En la evaluación de niños muy pequeños la forma de recoger la información es a través de la **observación y la información de los padres**.

Se utilizan **entrevistas, junto a autoinformes, cuestionarios** (a partir de los 7 años) y **escalas**.

PRUEBAS ESPECÍFICAS

- Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes -IV, DICA-IV**. Existe una adaptación española (EDNA-IV) de Ezpeleta y cols.
- Inventario de Depresión para Niños (CDI)** de Kovacs, derivado del BDI de Beck. Es el más utilizado. Para niños de 6 a 17 años.
- Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)** de Lang y Tisher. De 8 a 16 años.
- Escala de Evaluación de la Depresión (EED)** de Del Barrio. De 10-17 años.
- Escala para la Evaluación de la Depresión para maestros, (ESMD)**, de Doménech y Polaina. Específico de población española.
- Inventario de Creencias Irracionales (ICI)** de Silva y Martorell.
- Escala de Asertividad (EA)** de Silva y Martorell.
- Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ)** de Peterson y cols.

Tabla 30. Pruebas de evaluación de la depresión infantil.

Tratamiento

Similar al tratamiento de los trastornos depresivos en los adultos (ver tabla 31 en la página siguiente).

El Programa ACCIÓN de Stark es un programa de intervención cognitivo-conductual bien establecido para el tratamiento de la depresión infantil. Consta de 30 sesiones, de unos 45-50 minutos cada una, desarrolladas a los largo de 12 semanas. El Programa Stark incluye entre sus componentes: educación emocional, programación de actividades agradables, entrena-

Según Pérez y cols. (2011) existen los siguientes tratamientos para la **depresión infantil (PIR14, 214; PIR15, 90)**:

1. Tratamientos bien establecidos:
 - Terapia cognitivo conductual: Programa ACCIÓN (Stark).
 - Programa Emoción-Acción-Cognición (PEAC, Méndez) (PIR08, 117; PIR09, 170).
2. Tratamientos en fase experimental:
 - No se refieren.

Tabla 31. Intervención en la depresión infantil.

miento en solución de problemas, entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en autoinstrucciones y entrenamiento en autocontrol. El Programa PEAC de Méndez es un protocolo de intervención de corte cognitivo-conductual bien establecido para el abordaje de la depresión infantil. Consta de tres componentes básicos:

- Educación emocional.
- Actividades Agradables.
- Reestructuración cognitiva.

E incluye elementos adicionales como: entrenamiento en habilidades sociales relajación muscular, solución de problemas, etc.

DEPRESIÓN ADOLESCENTE (PIR14, 2014)

1. Tratamientos bien establecidos:
 - Terapia de conducta → Curso de Afrontamiento de la Depresión de Lewinsohn (versión adolescente) (PIR00, 142).
2. Tratamientos probablemente eficaces:
 - Terapia Interpersonal (eficacia probada con necesidad de más estudios) (PIR11, 176).
 - TCC de Brent.
3. Tratamientos en fase experimental:
 - Terapia Familiar Sistémica.
 - Terapia Psicodinámica.

Nota aclaratoria: en la presente tabla se muestra una reproducción de la eficacia de las distintas intervenciones sobre Depresión Adolescente tal y como la muestra la *Guía de Tratamientos Eficaces III* de Marino Pérez (2011), página 230. Si bien en dicha tabla Pérez presenta la Psicoterapia Interpersonal como un tratamiento Probablemente Eficaz, en el texto de dicha guía se describe este tipo de intervención como de eficacia probada con necesidad de ampliar estudios. El manual de Comeche también considera la Terapia Interpersonal como una intervención Bien Establecida para la Depresión Adolescente y como tal ha sido considerada en la pregunta PIR16, 206.

Tabla 32. Intervención en la depresión adolescente.

Trastornos bipolares

Aún no existe mucho acuerdo sobre si se deben aplicar los mismos criterios, síntomas y la misma duración en los niños que en los adultos (McClellan, 2005), ya que muchos síntomas de los adultos (gasto excesivo, hipersexualidad) no pueden ser aplicables en los niños.

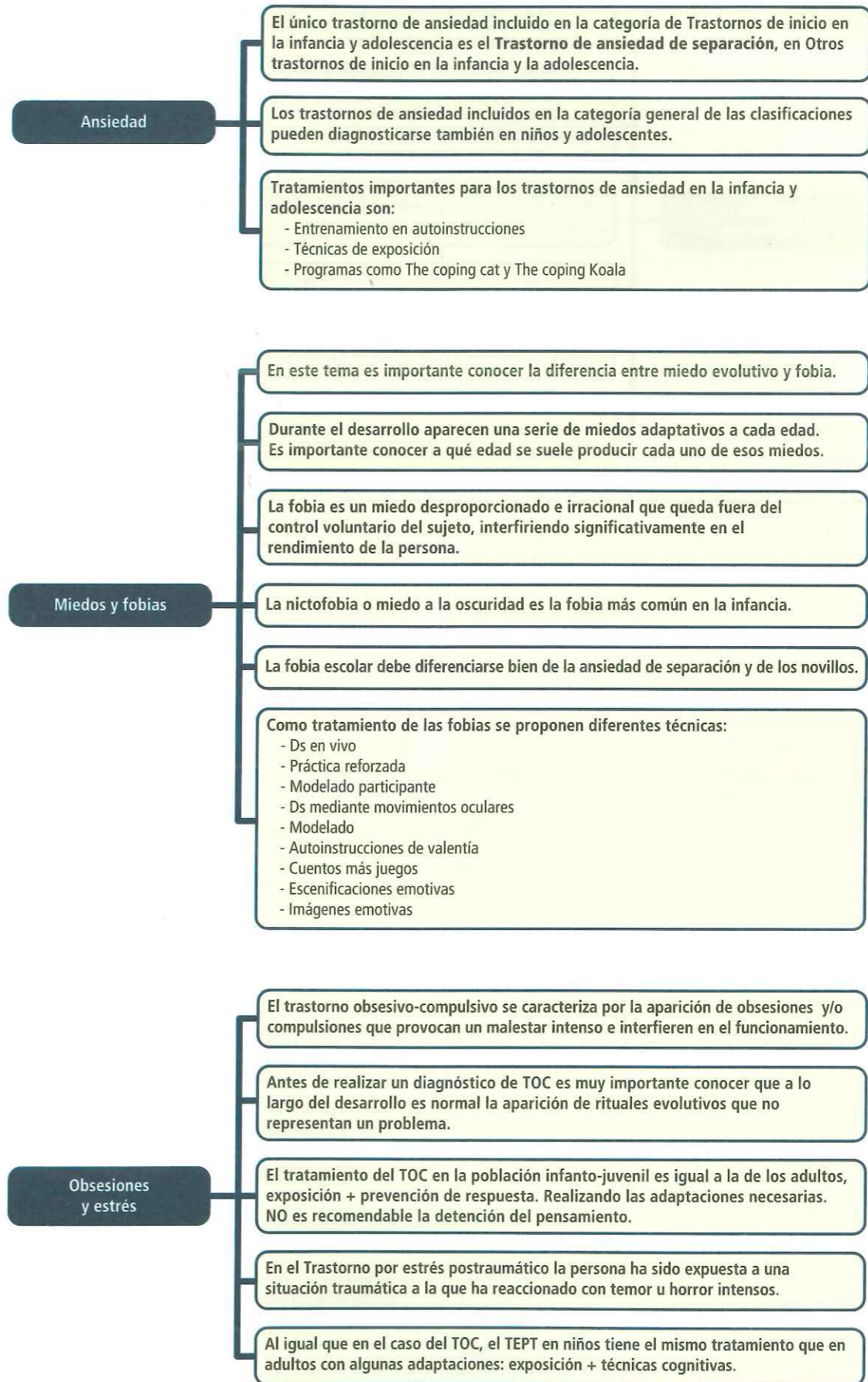
Los síntomas en la infancia suelen tener un inicio más brusco aunque de menor duración, pudiendo cambiar de polo incluso en pocas horas.

Uno de cada tres adultos con trastorno bipolar ha sufrido episodios maníacos en la infancia y adolescencia, aunque los síntomas sufridos durante la niñez fueron diferentes a los de la vida adulta. Durante la infancia los episodios maníacos cursaban con hiperactividad, ideas atropelladas, agresividad, mayor accidentabilidad, problemas con la comida y problemas de atención. (Tyrrer y Shopsin, 1985)

La prevalencia del trastorno bipolar en población infanto-juvenil es menor que en la población adulta (PIR14, 151). Se sitúa en torno al 0.24-1.2%.

El DSM 5 ha incluido dentro de los Trastornos Depresivos el Trastorno de la Disregulación Disruptiva del Estado de Ánimo, que según el DSM es un intento de clarificar los trastornos bipolares, evitando así el sobrediagnóstico y excesivo tratamiento farmacológico del trastorno bipolar en niños.

Resumen de los puntos principales



TEMA 14

OTROS MOTIVOS DE ATENCIÓN CLÍNICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo no aparecen en la categoría específica de trastornos de inicio en la infancia y adolescencia, sino que se diagnostican desde la categoría general, teniendo en cuenta algunos detalles específicos.

Spitz, fue el primero en hablar de un tipo de depresión específica de la infancia relacionada con la privación de la figura materna: depresión analítica y su extremo más grave, el marasmo.

Los criterios para la depresión en la población infantojuvenil son los mismos que en el caso de los adultos.

Como tratamiento de la depresión infantil se propone la Terapia cognitivo conductual.

Como tratamiento de la depresión en la adolescencia se propone el Curso para el afrontamiento de la depresión de Lewinsohn.

El trastorno Bipolar en la infancia también tiene los mismos criterios diagnósticos que en los adultos, sin embargo en el caso de la manía infantil pueden darse manifestaciones diferentes a las de los adultos.

14.1. Malos tratos

Definición

A pesar de ser un problema que ha existido siempre, es en los últimos años cuando realmente ha recibido la atención necesaria.

El primero en describir las características del maltrato fue el pediatra **Kempe**, en 1962, en su artículo "Síndrome del niño maltratado", en el que describía las lesiones típicas de estos niños.

Los malos tratos incluyen aspectos físicos, emocionales, acciones y negligencias.

El maltrato infantil no es un trastorno, pero sí un acontecimiento altamente estresante que puede llevar a desarrollar una alteración psicopatológica. En el DSM aparece en la categoría de Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica ("Problemas relacionados con el abuso y la negligencia").

En la definición de los malos tratos se incluye: una acción intencional u omisión no accidental, realizada por individuos o instituciones, con el objetivo de infringir daño físico o psicológico, real o potencial.

Se sabe que aproximadamente la mitad de los casos se producen por negligencia de los cuidadores.

Clasificación

Maltrato físico

Kempe lo definió como cualquier lesión infringida (hematomas, quemaduras, fracturas...). A veces no aparecen claramente las señales.

Abandono físico

Es un maltrato por omisión o negligencia. Consiste en el fracaso del cuidador en salvaguardar la salud, seguridad y bienestar del niño.

Actitud pasiva de los padres para proporcionar al niño sus necesidades mínimas.

Se traduce en falta de higiene, los niños van mal vestidos, en apatía, baja talla y peso, déficits nutricionales y falta de interacción madre-hijo.

Maltrato emocional

Incluye distintas formas de humillar, aterrorizar o rechazar a los niños. Se define como "hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro) por parte de cualquier adulto del grupo familiar".

Abandono emocional

Falta persistente de respuestas a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas que buscan acercamiento por parte del niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura adulta estable.

Abuso sexual

Cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño. Tipos:

- Según el tipo de contacto:
 - Con contacto físico: Incesto, violación, caricias, frotamientos.
 - Sin contacto físico: Solicitud o seducción verbal, exhibicionismo...
- En función de la relación víctima-agresor:
 - Incesto. Si el contacto físico se da por parte de una persona en relación de consanguinidad lineal (padre, hermano, tío).
 - Violación. Cuando la persona adulta es otra cualquiera.

Maltrato prenatal

Acciones que perjudican al feto (tóxicos, actividades de riesgo).

Mendicidad

Utilización del menor para pedir limosna.

Corrupción o explotación

Utilización del menor para fines económicos o comerciales.

Síndrome de Munchausen por poderes

Inducción o simulación de sintomatología física en el niño mediante la administración de sustancias, falsificación de pruebas diagnósticas o descripción de sintomatología de difícil comprobación. Este trastorno no es considerado en la CIE-10 como un Trastorno Facticio, sino como una forma de maltrato.

Bullying

Maltrato infringido por los compañeros del colegio.

Maltrato institucional

Cuando el maltrato es infringido por una organización o institución (p. ej., colegio, servicios sociales...).

Factores de riesgo

(Ver tabla 1 en la página siguiente)

Consecuencias

Respecto a las consecuencias que pueden tener las víctimas de malos tratos no se ha encontrado un patrón específico. Pero sí se conoce que pueden producirse una serie de deficiencias apreciables en todos los campos de las primeras etapas del desarrollo, así como en la adaptación posterior a diferentes áreas de actividad. Pueden producirse conductas de agresión, malas relaciones con los compañeros, apegos inseguros, ansiedad, depresión, problemas en el lenguaje, malas notas y bajo rendimiento.

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO	<ul style="list-style-type: none"> - Hijos no deseados. - De temperamento difícil o con problemas escolares. - Con dificultades físicas (malformaciones) o conductuales. - Edad del niño (sobre todo en menores de tres años).
CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES	<ul style="list-style-type: none"> - Jóvenes. - Aislamiento social. - Pobres conocimientos de crianza. - Problemas personales y problemas de alcoholismo y drogadicción. - Hijos de maltratadores. - Expectativas inadecuadas.
CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> - Limitación de recursos socioeconómicos. - Estrés.

Tabla 1. Factores de riesgo de malos tratos.

Uno de los modelos defendidos sobre las posibles consecuencias de los malos tratos, es la posibilidad de que se produzca una **transmisión intergeneracional del maltrato**. Este modelo defiende que las personas que han sufrido maltrato tienen una tendencia mayor que otras personas a repetir pautas de maltrato para su descendencia. Esto puede producirse por un mecanismo de **modelado negativo** (PIR08, 89), en el que el niño aprende conductas no deseadas por el hecho verlas y experimentarlas directamente.

En general, no puede decirse que un tipo de maltrato produzca una determinada sintomatología o que exista una serie de respuestas a un determinado abuso, pero sí que se han asociado las **conductas externalizantes** con el maltrato físico y el abandono, mientras que las **conductas internalizantes** se han asociado al abandono emocional y el abuso sexual. No en todos los casos se producen consecuencias psicopatológicas.

Epidemiología

En muchos casos los malos tratos no se detectan, ya que los niños cuentan con poca autonomía, miedo a la denuncia, desconocimiento...

Los datos varían mucho dependiendo de los estudios, el país, el método empleado... Los datos más objetivos son los aportados por los servicios sociales, aunque solo abarcan un pequeño porcentaje de los casos.

En España se estima una prevalencia entre el 0,2 y el 1,5% en sujetos menores de 18 años, estando a la cabeza el maltrato físico.

Etiología

(Ver tabla 2)

Intervención

El protocolo debe poder adaptarse a las necesidades del niño en función del tipo de abuso y de afectación presentada.

Se propone un programa de 16 sesiones en las que se incluyen los siguientes componentes:

- Evaluación.
- Psicoeducación y entrenamiento en relajación.
- Entrenamiento en registros ABC.
- Exposición a situaciones aversivas.
- Entrenamiento en técnicas de afrontamiento (técnica de la tortuga, de solución de problemas, autoinstrucciones y preparar conductas alternativas).
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Modelado.

14.2. Abuso sexual

Definición

No hay una definición clara de abuso sexual.

Kempe y Kempe (1978) y **Sanderson** (1995) consideran que se debe incluir en su descripción:

- Participación de niños y adolescentes en actividades sexuales.
- Niños dependientes y evolutivamente inmaduros.
- Relaciones que no comprenden y no son capaces de dar un consentimiento informado (esto es difícil de operativizar, por lo que suele recurrir a la diferencia de edad de cinco años o más).
- Relacionado con el criterio de edad, está el criterio de la desigualdad de poder de la relación.

MODELOS SOBRE EL ORIGEN DEL MALTRATO

Diversos modelos han tratado de explicar el origen desde una perspectiva social (modelo sociológico) o psicológica (modelo psicológico-psiquiátrico). El **modelo ecosistémico de Bronfenbrenner** integraría los anteriores modelos con factores del individuo, la familia, la sociedad y la cultura.

MODELOS SOBRE LAS CONSECUENCIAS DEL MALTRATO

- Modelo Transaccional del estrés** (Lazarus y Folkman): con el maltrato se produce un desajuste entre los recursos de afrontamiento y las demandas procedentes de determinados acontecimientos vitales negativos.
- Modelos basados en la explicación del TEP** (Wolfe y Cols): las experiencias traumáticas producen una predisposición a trastornos como el TEP, a través de mecanismos de aprendizaje, la reexperimentación del suceso, la activación psicofisiológica y la evitación de situaciones relacionadas con el trauma.
- Modelo Traumatógeno de Finkelhor**: 4 procesos explican la afectación a nivel psicológico de las víctimas:
 - La sexualización traumática (interferencia con el desarrollo sexual normal).
 - Pérdida de confianza en el otro.
 - Estigmatización (culpa o vergüenza).
 - Sentimientos de indefensión.

Tabla 2. Modelos sobre el origen y la consecuencia del maltrato.

- Utilización del menor como objeto sexual.
- El uso de la fuerza física o la coerción (aunque no tiene porqué aparecer en todos los casos).
- Relaciones que violan los tabúes sociales de los roles familiares.

En general se acepta que para considerar un abuso sexual como tal, es necesario que se dé una relación de desigualdad (coerción) ya sea por edad, madurez o poder, y que el menor sea utilizado como objeto sexual. Estas definiciones de amplio espectro se contraponen a las legales, en las que se ha de producir penetración.

Consecuencias

A corto plazo

No hay un único patrón de respuesta. El grado de afectación depende de las características de la agresión sexual, del grado de culpabilización y victimización del niño por parte de los padres y de las estrategias de afrontamiento con las que cuente el niño.

Parece que en el caso de las niñas predominan los síntomas internalizantes, mientras que en los niños suelen darse síntomas externalizantes.

La manifestación más frecuente es la **conducta sexualizada** (aparece en un 35-50% de los casos), que consiste en juegos sexuales con muñecos, masturbación pública o excesiva, conducta seductora, solicitud a otras personas de estimulación sexual y conocimientos sexuales inapropiados. Esta manifestación puede darse en niños de todas las edades, pero en mayor medida en los niños menores de 6 años (PIR14, 206).

Dependiendo de la edad de la víctima pueden darse diferentes síntomas:

DE 0 A 6 AÑOS	Estrés postraumático, ansiedad, pesadillas, internalización, externalización, conducta sexual inapropiada, procesos de negación o disociación.
DE 7 A 12 AÑOS	Miedos, manifestaciones neuróticas, agresión, pesadillas, problemas escolares, hiperactividad y conducta agresiva.
DE 13 A 18 AÑOS	Depresión, retraimiento, conducta suicida o autolesiva, quejas somáticas, actos ilegales, escapadas y abuso de sustancias.

Tabla 3. Sintomatología del abuso sexual por edades.

El grupo de **Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor** (1993) describen las siguientes manifestaciones en la **tabla 4**.

A largo plazo

No hay un único síndrome, ni todas las personas que sufren abuso sexual desarrollan un trastorno mental, aunque sí que es un importante factor de riesgo para desarrollar en el futuro un cuadro psicopatológico.

El desarrollar o no un trastorno depende de múltiples factores como la edad, la duración del abuso, frecuencia, la relación víctima-agresor, si hubo o no empleo de la fuerza, el tipo de abuso (peor si existe penetración), el apoyo familiar y del estilo de afrontamiento.

MANIFESTACIONES A CORTO PLAZO

Conducta sexualizada Trastorno por estrés postraumática Ansiedad Miedo Depresión (deprimido, retraído, suicida) Baja autoestima Quejas somáticas Agresividad Problemas escolares/aprendizaje Problemas de conducta Conductas autodestructivas Síntomas compuestos (internalización, externalización)

Tabla 4. Señales de abuso sexual de aparición temprana.

Se estima que un 70% de las víctimas tiene un cuadro clínico a corto plazo, pero a largo plazo la prevalencia se reduce al 30%.

FÍSICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Dolores crónicos generales. - Hipocondría y trastornos de somatización. - Alteraciones del sueño. - Problemas gastrointestinales. - Desórdenes alimenticios, especialmente bulimia.
CONDUCTUALES	<ul style="list-style-type: none"> - Intentos de suicidio. - Consumo de drogas/alcohol. - Trastorno disociativo de identidad.
EMOCIONALES	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión. - Ansiedad. - Baja autoestima. - Estrés postraumático. - Trastornos de personalidad. - Desconfianza y miedo a los hombres. - Dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad.
SEXUALES	<ul style="list-style-type: none"> - Fobias o aversiones sexuales. - Falta de satisfacción sexual. - Alteraciones del deseo. - Trastornos de la excitación y el orgasmo. - Creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo.
SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas en las relaciones interpersonales. - Aislamiento. - Dificultades en la educación de los hijos.

Tabla 5. Señales de abuso sexual de aparición tardía.

Epidemiología y curso

Se estima una prevalencia de entre el 11-16% de todos los casos de malos tratos.

Las víctimas suelen ser mujeres sobre todo por debajo de los 14 años o con discapacidades físicas o psíquicas. Los abusadores suelen ser varones pertenecientes al contexto cercano de la víctima.

Ciertas manifestaciones pueden disminuir con el tiempo, mientras que otras suelen aumentar.

Las manifestaciones de ansiedad suelen disminuir, mientras que las preocupaciones de tipo sexual tienden a empeorar.

Un factor muy importante es el apoyo familiar (sobre todo de la madre) y otro que puede influir negativamente es el de emprender acciones legales.

Etiología

Desde el modelo de del Trastorno de Estrés Postraumático se entiende el abuso sexual como un evento traumático que puede generar un trastorno de estrés.

Por otro lado autores como Finkelhor, considera este modelo insuficiente y que no explica lo suficiente las posibles consecuencias del abuso. En 1988, describe el **Modelo Traumático-génico**, según el cual el impacto psicológico se concreta en cuatro áreas:

- Sexuación traumática.
- Pérdida de confianza.
- Indefensión.
- Estigmatización.

Intervención

El primer objetivo es proteger a la víctima de nuevas posibles agresiones y garantizar su seguridad, si es necesario a través de medidas legales.

No siempre es necesaria una intervención, ya que no en todos los casos se produce una manifestación psicopatológica. En muchos casos un seguimiento cercano de la evolución junto con el asesoramiento familiar puede ser suficiente.

En caso de realizarse una intervención, en primer lugar se realiza una fase educativa, informativa orientada a la prevención de nuevos abusos. Es muy importante enseñar al niño a distinguir cuando un acercamiento adulto posee intencionalidad sexual.

Después es necesario que el niño describa su experiencia de abuso y los sentimientos derivados de éste. Éste es uno de los objetivos del programa de Deblinger y Heflin para el tratamiento de menores víctimas de abuso sexual (PIR15, 92).

Después se eliminarán las estrategias de afrontamiento inadecuadas que protejan a la víctima de un trauma que no puede ser procesado adecuadamente en la conciencia, como son:

- La disociación.
Para evitarla es necesario ayudar al niño a reexperimentar los sentimientos del abuso, a reconocer su intensidad y a discriminarlos.
- La negación total o parcial del abuso.
Influida por la reacción del entorno al abuso puede acentuarse en función de las consecuencias. El terapeuta debe desmontar las creencias irracionales que han llevado al niño a negar el suceso y ofrecerle alternativas tolerables de aceptación del abuso.

También existen intervenciones para el agresor. La **terapia de los abusadores sexuales** consta de varios componentes que varían en función del caso (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2008) (PIR08, 113):

- Aceptación y comprensión del problema.
- Prevención de nuevos abusos con énfasis en el control de estímulos.
- Modificación de las ideas distorsionadas en relación con el abuso sexual.
- Canalización de los impulsos sexuales inadecuados.
- Aumento de las habilidades sociales.

- Entrenamiento en autocontrol y solución de problemas.
- Mejora de autoestima.
- Prevención de recaídas.

14.3. Alienación parental

Definición

El **síndrome de Alienación Parental** fue propuesto por Gardner en 1985 para describir las manifestaciones conductuales que puede expresar el niño como efecto de una situación de separación de los padres muy conflictiva.

La alienación parental es el proceso de manipulación al que es sometido el niño por parte de uno de los progenitores, creando una imagen negativa del otro progenitor y haciéndole culpable de la situación.

Este síndrome debe distinguirse del **alienamiento**, que es un proceso natural de preferencia por parte del niño de uno de los padres, pero en el que no hay un proceso de manipulación. Por el contrario, el SAP sí es el resultado del proceso de manipulación de uno de los padres contra el otro.

SÍNTOMAS DEL SAP (WALDRON Y JANIS, 1996)

- Campaña de denigración
- Infundadas justificaciones para el desprecio
- Ausencia de ambivalencia
- "Pensador independiente", el niño niega la influencia
- Apoyo irreflexivo al progenitor alienador
- Ausencia de culpa acerca de su crueldad y explotación hacia el progenitor alienado
- Argumentos prestados
- Generalización del odio hacia la familia extensa y red social
- Contradicciones
- Información innecesaria y/o inapropiada
- Percepción de urgencia y fragilidad
- Marcado déficit de pensamiento complejo acerca de las relaciones
- Sentimientos restrictivos

Tabla 6. Síntomas del Síndrome de Alienación Parental.

El progenitor alienador presenta importantes disfunciones. Su objetivo es apartar a su ex pareja del futuro de sus hijos. Aunque el progenitor alienado genera sentimientos de lástima y ofrece una imagen de víctima, suele compartir la responsabilidad de la aparición del síndrome y suelen presentar déficits en las habilidades parentales y tendencia a la evitación.

Algunos autores defienden que ambos padres presentan problemas en sus estilos educativos y creen que el SAP es fruto de una paternidad irresponsable, lo que podría considerarse una forma de maltrato infantil.

CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SAP (BONE Y WALSH, 1999)

- Obstrucción a todo contacto
- Denuncias falsas de abuso (sobre todo emocional)
- Deterioro de la relación paternofilial desde la separación
- Respuesta de miedo por parte de los hijos

Tabla 7. Criterios de identificación del Síndrome de Alienación Parental.

Epidemiología

En USA los datos hablan de un 80% de SAP en los divorcios contenciosos. En España se habla de un 30-40%.

Es más frecuente que la madre sea el progenitor alienador y normalmente se produce en los casos de custodia en exclusiva a favor de un solo progenitor, no tanto en los casos de custodia compartida.

Intervención

Como medida preventiva se recomienda la custodia compartida.

El tratamiento depende del estadio en que se encuentre el SAP:

- Estadio I o ligero.
No es necesaria la intervención.
- Estadio II medio y III severo.
Requiere intervención legal y terapéutica.

Aspectos esenciales de la intervención:

- La terapia debe hacerse por un único terapeuta y debe ser ordenado por el juez.
Toda obstrucción al tratamiento por parte del progenitor alienador se notificará al juez. Informar de que el terapeuta dará toda la información necesaria sobre el tratamiento en caso de que lo requiera el juez, se deberá pedir el consentimiento escrito.
- Sanciones.
Se utilizarán por orden del juez en caso de que se incumpla el tratamiento.
- Tratamiento del progenitor alienador.
Muy común que no coopere incluso cuando ha aceptado la terapia, muchas veces buscando apoyo a su causa. Se aconseja implicar a alguna persona significativa.
- Tratamiento del progenitor alienado.
Explicarle que es el SAP y cuál es su implicación en el síndrome.
- Sobre los hijos.
Hay que tener en cuenta que tienden distorsionar la verdad (están alienados).

Tratamiento eficaz: la mediación (PIR08, 112; PIR09, 167). Bolaños (2002) indica que la participación de todos los miembros de la familia en el proceso es fundamental, ya que todos tienen parte de responsabilidad relacional. En primer lugar ambos padres deben reconocer mutuamente su legitimidad como padres. El objetivo de la mediación es garantizar la continuidad de los progenitores y la adaptación de todos los miembros a la nueva situación familiar.

14.4. Acoso escolar o bullying

El acoso escolar también conocido como *bullying*, se refiere al abuso entre compañeros de clase. Este abuso puede darse en forma de maltrato físico, emocional o de marginación.

Según Cerezo, el *bullying* se relaciona con contextos en los que el sentimiento de pertenencia al grupo es necesario para el desarrollo social y afectivo. Describe 3 tipos de alumnos:

- El popular.
El líder del grupo o el admirado.
- Aislado.
No se relacionan con los demás.
- Rechazado o impopular.
Los demás no quieren relacionarse con él.

Como actuación sobre la víctima Cerezo aporta los siguientes pasos para la intervención:

1. Desarrollo de estrategias de afrontamiento que incluyan:
 - a. Autoprotección y resolución de enfrentamientos.
 - b. Mejora de la autoestima y autoconfianza.
 - c. Fomento de capacidad de trabajo en grupo.
 - d. Mejora de las habilidades sociales y de la asertividad.
2. Dar apoyo externo.
3. Valorar la posibilidad de cambio de centro escolar (cómo último recurso).
4. Mediación educativa agresor-agredido.

14.5. Adicciones

Las adicciones en la juventud son un gran problema. Antes solo hacía referencia al consumo de sustancias, pero hoy en día se amplían a muchos otros estímulos como los video-juegos, internet, compras, sexo...

El consumo de drogas es muy común entre la población adolescente. Siendo mayor el consumo de las sustancias legales: alcohol y tabaco. Su precio asequible y la gran facilidad para conseguir las hacen que su consumo continúe generación tras generación.

También son consumidas con frecuencia el cannabis, las anfetaminas y la cocaína.

Los problemas principales que genera el consumo de sustancias son la dependencia y el abuso de sustancias.

BIBLIOGRAFÍA

- AJURIAGUERRA, J. (2000): *Manual de Psiquiatría infantil (4.ª edición)*. Masson. Barcelona.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2013): *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM 5*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association. Washington D. C.
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA COGNITIVO-CONDUCTUAL (AEPPCC) (2011): *Psicología Clínica Infantil*. AEPPCC. Madrid.
- BELLOCH, A., SANDÍN y RAMOS, F. (2008): *Manual de psicopatología. Volúmenes I y II*. McGraw-Hill. Madrid.
- BRAGADO, C. (1994): *Terapia de conducta en la infancia. Trastornos de ansiedad*. Fundación Universidad-empresa. Madrid.
- CABALLO V. y cols. (2000): *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, volúmenes I y II*. Siglo XXI. Madrid.
- CABALLO, V. y SIMÓN, M. A. (2008): *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Pirámide. Madrid.
- CABALLO, V. y SIMÓN, M. A. (2008): *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Pirámide. Madrid.
- CEDE (2010): *Área de Psicopatología infantil*. Cede. Madrid.
- COMEÇHE, M. y VALLEJO PAREJA, M. A. (2005): *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Dykinson. Madrid.
- ECHEBURÚA, E. (2009): *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Pirámide. Madrid.
- LABRADOR, F. y CRUZADO, J. A. (1993): *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Pirámide. Madrid.
- MÉNDEZ, F. y MÉNDEZ CARRILLO, F. (2006): *Miedos y temores en la infancia. Ayudar a los niños a superarlos*. Pirámide. Madrid.
- MÉNDEZ CARRILLO, F. J., ESPADA SÁNCHEZ, J. P. y ORGILÉS AMORÓS, M. (2006): *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos*. Pirámide. Madrid.
- OLIVARES, J. y MÉNDEZ, F. (1999): *Técnicas de modificación de conducta*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1992): *Clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento*.
- PÉREZ ÁLVAREZ, M., FERNÁNDEZ HERMIDA, J. R., FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, C. y AMIGO VÁZQUEZ, I. (2011): *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*. Pirámide. Madrid.
- PÉREZ ÁLVAREZ, M., FERNÁNDEZ HERMIDA, J. R., FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, C. y AMIGO VÁZQUEZ, I. (2011): *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III*. Pirámide. Madrid.
- SANDÍN, B. (1997): *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Dykinson. Madrid.
- WICKS-NELSON, R. (1997): *Psicopatología del niño y del adolescente*. Prentice Hall.

NOTAS