

(Dsm-iv-tr) trastornos de inicio EN INFANCIA, NIÑEZ O ADOLESCENCIA

- **RETRASO MENTAL**
- **T. APRENDIZAJE**
- **T. HH. MOTORAS**
- **T. COMUNICACIÓN**
- **TGD**
- **T. POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR**
- **T. INGESTA Y C^a ALIMENTARIA EN INFANCIA**
- **T. TICS**
- **T. DE ELIMINACIÓN**
- **OTROS T. DE INICIO EN INFANCIA, NIÑEZ O ADOLESCENCIA**

(DSM-V)

- **T.DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO:**
 - DISCAPACIDADES INTELECTUALES
 - TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN
 - TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO
 - TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD
 - TRASTORNO ESPECÍFICO DEL APRENDIZAJE
 - TRASTORNOS MOTORES
 - OTRO TRASTORNO DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO
- **En T. ANSIEDAD:** TAS; MUTISMO SELECTIVO
- **En T. RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS:** T. APEGO REACTIVO; T. DE RELACIÓN SOCIAL DESINHIBIDA
- **En T. ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS:** PICA EN NIÑOS; RUMIACIÓN; T. EVITACIÓN/ RESTRICCIÓN DE ALIMENTOS
- **T. DE LA EXCRECIÓN:** ENURESIS Y ENCOPRESIS
- **EN T. DESTRUCTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA C^a:** TND; T. DE LA C^a

Retraso Mental

- Prevalencia: 1% (2-3% en Wicks-Nelson) + frecuente en varones.
- Ci <70
- Alteraciones en la capacidad adaptativa en al menos dos áreas
- Inicio anterior a los 18 años

Grado	intervalo Ci	DSM-IV-TR	CIE-10	%
Leve	50/55- 70 (50-69)	educable	Morón o débil mental	80-85%
Moderado	35/40-50/55 (35-49)	adiestrable	imbécil	10-12%
Grave	20/25- 30/35 (20-34)	grave	oligofrenia	3-7%
Profundo	< 20 o 25 (<20)	asistencial	idiotia	1%

TDAH (dsm-iv-tr)

- Prevalencia **del 3-7%** de los niños en edad escolar. (+ fcte en varones) // 3-5% (Wicks-Nelson)
- 3 subtipos según el patrón predominante en los últimos **6 meses** :
 - **Predominio déficit de atención** (27%) (no diferencias) **(pero las niñas con TDAH es + fcte q presenten el subtipo inatención)**
 - **Predominio hiperactivo-impulsivo**(18%) (+ en Hs)
 - **Tipo combinado**(55%) (+ en Hs)
- Antes de los 7 años y en dos o más ambientes.
- Impulsividad + resistente al tratamiento
- Rendimiento académico afectado y devaluado.
- Inadecuada dedicación a tareas que requieren esfuerzo.
- Baja tolerancia a la frustración.

- Los síntomas tienden a darse de forma + frecuente en situaciones de grupo.
- El rechazo de los compañeros y en menor medida las lesiones accidentales son características de la hiperactividad y la impulsividad.
- Los del tipo déficit de atención suelen ser socialmente pasivos y ser más desestimados que rechazados por sus compañeros.
- El TDAH se presenta en aprox el 50% de los niños con T. Tourette (pero la > parte de los niños con TDAH no tienen T. Tourette)
- Autismo y TDAH son mutuamente excluyentes (no se pueden diagnosticar juntos)

t. Eliminación (dsm-iv-tr)

3 meses

ENURESIS

- 2 veces/semana
- 5 años de edad

TIPOS:

- **Solo nocturna** (típicamente durante 1º 1/3 noche y ocasionalmente durante REM)
- **Solo diurna** (+ frecuente en niñas y poco fcte a p 9 años): Incontinencia por urgencia y Aplazamiento del vaciado (asoc a comportam perturbador)
- **Nocturna y diurna**

ENCOPRESIS (+ Hs)

- 1 vez/mes
- 4 años de edad

TIPOS:

- **Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento**
- **Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento** (asoc a TND y TD)

**Actos intencionados/
involuntarios**

Patrón genético de EN (75%) -> riesgo 5-7 veces > en hijos de enuréticos
Enuresis en infancia -> >probab de sonambulismo en adolescencia

DSM-V

EI TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN Y EL MUTISMO SELECTIVO SE INCLUYEN DENTRO DE LA CATEGORÍA DE “TRASTORNOS DE ANSIEDAD”:

- **TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN:**

Incluye dentro del criterio B temporal “que la duración del trastorno en **adultos** es de mínimo 6 meses”.

No incluye la especificación de inicio temprano (antes de 6 años)

- **MUTISMO SELECTIVO:** antes incluido en “Otros trastornos de la infancia, niñez o adolescencia”.

Depresión

- Prevalencia del 2-5% en población general // En población clínica entre el 10-20%.
- + prevalente en adolescentes que en niños pequeños.
- De 6-12 años no hay diferencias de género (de haberlas, es mayor la prevalencia en varones).
- En la adolescencia es mucho más frecuente en chicas asemejándose a la distribución adulta.
- **DSM:** en el criterio A de episodio depresivo mayor el estado de ánimo depresivo puede estar sustituido tanto en el niño como en el adolescente por un estado de ánimo irritable.
- Las afecciones somáticas o el retraimiento social pueden ser particularmente frecuentes.

DEPRESIÓN EN LA VEJEZ



APATÍA

- Episodios + largos y + resistentes al tto farmacológico.
- Menor *verbalización* de sentimientos de inutilidad o de culpa.
- Alexitimia.
- Frecuente existencia de delirios y alucinaciones psicóticas.
- Síntomas negativos (apatía y aplanamiento afectivo).
- Enmascaramiento con síntomas psíquicos o corporales.
- Mayor riesgo de suicidio(sobretudo varones q viven solos)
- Mayor irritabilidad.
- Frecuente agitación psicomotriz/inhibición psicomotriz.
- Especial relevancia de trastornos de sueño.
- Menos variaciones diurnas del humor.
- Disfunción cognitiva.
- Frecuentes somatizaciones ansiosas.

DEMENCIAS CORTICALES

DEMENCIAS SUBCORTICALES

Memoria Retrógrada deteriorada con gradiente temporal (mejor memorias de la infancia)	M. Retrógrada muy deteriorada con gradiente temporal plano
M. Semántica deteriorada : 1º se pierden conceptos subordinados y luego supraordenados	No se da este fenómeno
Deterioro en Recuerdo y Reconocimiento	Si deterioro en Recuerdo y No en Reconocimiento (de haberlo es menor que el del recuerdo)
Afasia	Lenguaje farfullante
No dificultades en habla	Disartria
Memoria Procedimental relativamente conservada	Problemas para aprender destrezas (sobre todo en Corea, efecto no tan claro en Parkinson)
Capacidad para codificar semánticamente deteriorada	Capacidad preservada
Memoria Anterógrada deteriorada (Tasas de olvido elevadas)	M.A. + preservada. Problemas relacionados con la recuperación
Problemas en codificación y almacenamiento	Se dan en fases avanzadas
No se benefician de claves	Se benefician de claves