

Psicopatología infantil

DRA. RENATA DUPUY ABIUSO

PSIQUIATRA INFANTOJUVENIL

ENTREVISTA EN SALUD MENTAL

ENTREVISTA EN SALUD MENTAL

- ▶ El propósito de la entrevista es recolectar información, que sea coherente y consistente, que permita realizar un diagnóstico y luego formular e implementar un plan de tratamiento.
- ▶ La entrevista diagnóstica:
 - ▶ Constituye el contacto inicial entre el niño y el clínico
 - ▶ Es el 1º paso para establecer una alianza terapéutica con el equipo
 - ▶ Es el 1º paso para establecer una relación terapéutica con el clínico.
- ▶ Demostrar interés genuino sobre los problemas que el niño manifieste o exprese, de manera que sienta que alguien lo entendió y desea ayudarlo.

PREGUNTAS

ABIERTAS

- Respuestas - descripciones amplias y espontáneas por parte del paciente
- Ej: ¿cómo te sentiste cuando te fue mal en el colegio?

CERRADAS

- Permiten sólo una respuesta válida
- Ej: ¿te sientes triste porque te fue mal en el colegio?

DOBLES Y MÚLTIPLES

- Ej: ¿Cuándo tú recibes reportes escolares, te sientes preocupado, enojado, o no te importa?
- Este tipo de pregunta lleva a menudo a una respuesta de SÍ o NO, pero no logra decir a cuál de las preguntas está respondiendo o si lo hace en combinación de éstas.

PREGUNTAS ELECCIÓN MÚLTIPLE

- Subconjunto de preguntas cerradas, que tienen lugar cuando las preguntas abiertas y cerradas fracasan.
- Ej. Si uno pregunta acerca de la frecuencia de las rabietas en un niño, y ellos dicen que no saben, preguntas como: ¿son todos los días, una vez a la semana, una vez al mes?

ENTREVISTA EN SALUD MENTAL

SI PACIENTE ES MENOR DE 13 AÑOS, ENTREVISTAR PRIMERO A LA MADRE/CUIDADOR

- ▶ Preguntar su nombre
- ▶ Presentarse
- ▶ Preguntar qué es lo que más le preocupa de su hijo/a
 - ▶ Ej: “es porfiado” → agotar el síntoma
 - ▶ ¿Cómo se da eso en la casa? ¿Cómo se da en el colegio? Pedir ejemplos.
- ▶ Preguntar por rendimiento escolar
- ▶ Preguntar por la familia: ¿Cómo se llevan en la casa?

ENTREVISTA EN SALUD MENTAL

SI PACIENTE TIENE 13 AÑOS O MÁS, ENTREVISTAR PRIMERO AL ADOLESCENTE

- ▶ Preguntar su nombre
- ▶ Presentarse
- ▶ ¿Cómo estás?
- ▶ ¿Sabes por qué te trajeron para acá?
 - ▶ Algunos viene porque lo pasan mal o tienen problemas en el colegio/casa, o están tristes o preocupados por algo.. Te pasa algo de eso a tí?
 - ▶ Si, no coopera, preguntarle por qué cosas le gusta hacer, hobbies-pasatiempos.

ENTREVISTA EN SALUD MENTAL

- ▶ Luego volver a preguntar por motivo de consulta.
 - ▶ Preguntar cómo se da eso en la casa y en el colegio
- ▶ Preguntar por la Familia
 - ▶ Pedir que le ponga notas a la familia
 - ▶ Si niño pequeño, preguntar si los miembros de la familia fueran un animal, ¿qué animal serían? ¿por qué?
 - ▶ Preguntar por la presencia del padre.
 - ▶ En caso que estén separados, preguntarle que sabe él/ella del motivo de la separación.
- ▶ Pedir 3 deseos
- ▶ Si fueras de viaje... y tienes 2 pasajes, uno para ti y otro para alguien más... ¿a quién invitas?

ENTREVISTA EN SALUD MENTAL

- ▶ En adolescentes preguntar además:
 - ▶ Consumo de sustancias:
 - ▶ OH, tabaco, marihuana, cocaína, pasta base, pastillas, encendedores...
 - ▶ Autoagresiones:
 - ▶ ¿Te has hecho alguna vez daño a ti mismo? ¿Qué cosa? ¿Qué te llevó a hacerlo? ¿En qué otro momento ha ocurrido? ¿Sólo eso o algo más?
 - ▶ Si no sabe motivo... algunos lo hacen por pena, rabia, ganas de morir... en tu caso cuál fue?
 - ▶ ¿Fue algo del momento? ¿Algo que habías pensado hace un tiempo?
 - ▶ Si actualmente tiene ganas de morir...¿qué has pensado hacer? ¿cuántas horas al día lo piensas?
 - ▶ Relaciones Sexuales:
 - ▶ ¿Cómo te cuidas para no quedar embarazada? ¿Cómo te cuidas para no ser papá?

ENTREVISTA EN SALUD MENTAL

- ▶ ¿Hay algo más que creas importante que yo sepa de ti (al paciente), de su hijo/a (a los padres) que no te haya preguntado, para poder ayudarte?
- ▶ Agradecer la confianza y el tiempo.

EXAMEN MENTAL

EXAMEN MENTAL

- ▶ DESCRIPCIÓN GENERAL Y ACTITUD
- ▶ CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN
- ▶ ATENCIÓN Y MEMORIA
- ▶ AFECTIVIDAD
- ▶ PSICOMOTILIDAD
- ▶ PENSAMIENTO
- ▶ LENGUAJE
- ▶ INTELIGENCIA
- ▶ SENSORIOPERCEPCIÓN
- ▶ JUICIO DE REALIDAD

DESCRIPCIÓN GENERAL

APARIENCIA

Acorde a edad
cronológica

CONSTITUCIÓN

Endomorfo, mesomorfo,
ectomorfo

DISMORFIAS

VESTIMENTA/ MAQUILLAJE

HIGIENE/ LESIONES/ TATUAJES

VÍNCULO CON ENTREVISTADOR

Ansioso, seductor, hostil,
indiferente, suspicaz.

CONTACTO VISUAL

Cálido – normal.
Pseudocontacto: TEA,
EQZ, Psicosis
Evitativo: ansioso

COOPERA CON ENTREVISTA

Sí coopera
Oposicionista
No comprende lenguaje

CONCIENCIA

- ▶ **CONCIENCIA:** Conocimiento que el individuo tiene de sí mismo, de sus cambios y del medio que lo rodea. “Vigilancia, lucidez.”
- ▶ Desarrollo de la conciencia:
 - ▶ Entre 1 y 3 años: va surgiendo la diferenciación entre uno mismo y el ambiente
 - ▶ Entre 4 y 10 años: se va consolidando el sí mismo derivado de lo externo junto con el rol social
 - ▶ Entre 11 y 14 años: se solidifica la imagen corporal y el rol social madura.
- ▶ Alteración de conciencia:
 - ▶ cualitativa o cuantitativa.

ALTERACIÓN CUANTITATIVA DE CONCIENCIA: ALT. ESTADO ALERTA

EMBOTAMIENTO

- Retardo de la elaboración psíquica, la atención se fatiga.
- Recuerdo borroso e incoherente, la percepción está afectada y aparecen ilusiones especialmente ópticas.
- El curso del pensamiento se fragmenta, paciente tiene difícil manejo de su cuerpo, se desorienta, habla en forma traposa, disártrica, conductas perseverativas.
- Pueden notarse cambios de ánimo y de conducta, irritabilidad, hiperestesia.

SOMNOLENCIA

- Hay mayor perturbación de la alerta. La percepción está más dificultada

SOPOR

- Paciente sólo logra despertar parcialmente

ALTERACIÓN CUALITATIVA DE CONCIENCIA

ESTADOS DELIRIOSOS

- Confusión entre las vivencias subjetivas y objetivas,
- Existen percepciones deliriosas, alucinaciones visuales, falsos reconocimientos, y fabulaciones (inventar algo que no es como existió), desorientación, falta de atención y concentración.

ESTADOS CREPUSCULARES

- Estrechamiento de conciencia, se circunscribe solo a ciertas manifestaciones de la vida psíquica.
- Carece de tino frente a las situaciones, no capta la globalidad de las situaciones. Los pacientes ven a Dios, la Virgen, demonios, animales. Puede ocurrir actos de violencia. Ej: Estados crepusculares epiléptico.

ESTADOS CREPUSCULARES ORIENTADOS

- Estado afectivo exaltado, pérdida de la capacidad reflexiva, parecen estar realizando acciones normales, pero se fugan o tienen otras conductas incoherentes

ORIENTACIÓN

- ▶ Es el complejo de funciones psíquicas que permite darse cuenta en cada momento de la situación real en que una persona se encuentra.
- ▶ Es necesaria la integridad de órganos sensoriales y funciones psíquicas.
- ▶ Se presenta en los niños a partir de los 5 años. Es:
 - ▶ **Alopsíquica** (tiempo, espacio y lugar)
 - ▶ **Autopsíquica** (de uno mismo).
- ▶ Depende de:
 - ▶ Capacidad intelectual
 - ▶ Memoria de fijación
 - ▶ Estados de conciencia.
- ▶ **Desorientación autopsíquica:** olvida su propia identidad (demencia, estados deliriosos epilépticos, encefalitis, tu cerebral, etc).
- ▶ **Doble orientación:** a pesar de que toman conciencia exacta del mundo real, continúan convencidos de sus falsos reconocimientos. Se da en EQZ

ATENCIÓN

- ▶ **ATENCIÓN:** Es el acto o facultad, voluntario o involuntario, de seleccionar un objeto o una idea, ubicarla y examinarla de acuerdo a la experiencia.
- ▶ Los tiempos de atención son:

3 a 4 meses:	debe lograr 5 segundos de atención, se acompaña de compromiso emocional, sonrisa, movimientos sincronizados.
8 a 10 meses:	30 segundos
2 años:	2 minutos
4 años:	15 minutos de atención, a esta edad el estímulo nuevo logra la atención
5 -7 años:	atención asociado a procesos lógicos, ya sabe cómo atender y en qué minutos hacerlo
12 años:	se incrementa el tiempo de reacción a estímulos dado.

ATENCIÓN

- ▶ Se encuentra disociada a algunos trastornos de personalidad.
- ▶ Disminuye ante el cansancio, el estrés agudo, en cuadros depresivos, enfermedades físicas, consumo de OH, epilepsia.
- ▶ Aumentada en situaciones de peligro inminente, ante la ingesta de psicoestimulantes

MEMORIA

- ▶ Acto o facultad de registrar, retener y evocar la representación mental de un objeto, de un acontecimiento, de un objeto.
- ▶ Es una actividad de asimilación
- ▶ La memoria es también, la habilidad para conservar o almacenar y utilizar después las experiencias.
- ▶ El hipocampo es la región cerebral crucial para la memoria.
- ▶ Evaluación: Retención a corto plazo de frases cortas o números, fijación de información nueva y concepto de tiempo.

ALTERACIÓN DE LA MEMORIA

Hipermnesia:

- Aumento de la capacidad de retener y evocar (uso de estimulantes para estudiar),
- En grado exagerado del recuerdo lo tienen los TEA, también se observa en epilepsias, estados afectivos de mucha intensidad como manías.

Hipomnesia:

- Disminución de la capacidad de memoria, en sus aspectos de fijación y evocación, la memoria de conservación indemne. Se observa en TDAH por problemas de fijación.

ALTERACIÓN DE LA MEMORIA

Amnesia disociativa:

- Pérdida de la memoria autobiográfica, sin lesión cerebral, forman parte de los TRASTORNOS DE PERSONALIDAD, con pérdida o cambios importantes en la identidad, a veces hay amnesia entre las 2 personalidades.

Amnesia de fijación:

- Afecta la captación, por lo que impide grabar en la memoria (TEC, epilepsias).
- Se puede evaluar haciéndole memorizar cuatro dígitos y luego preguntárselos en un minuto.

Amnesia de conservación:

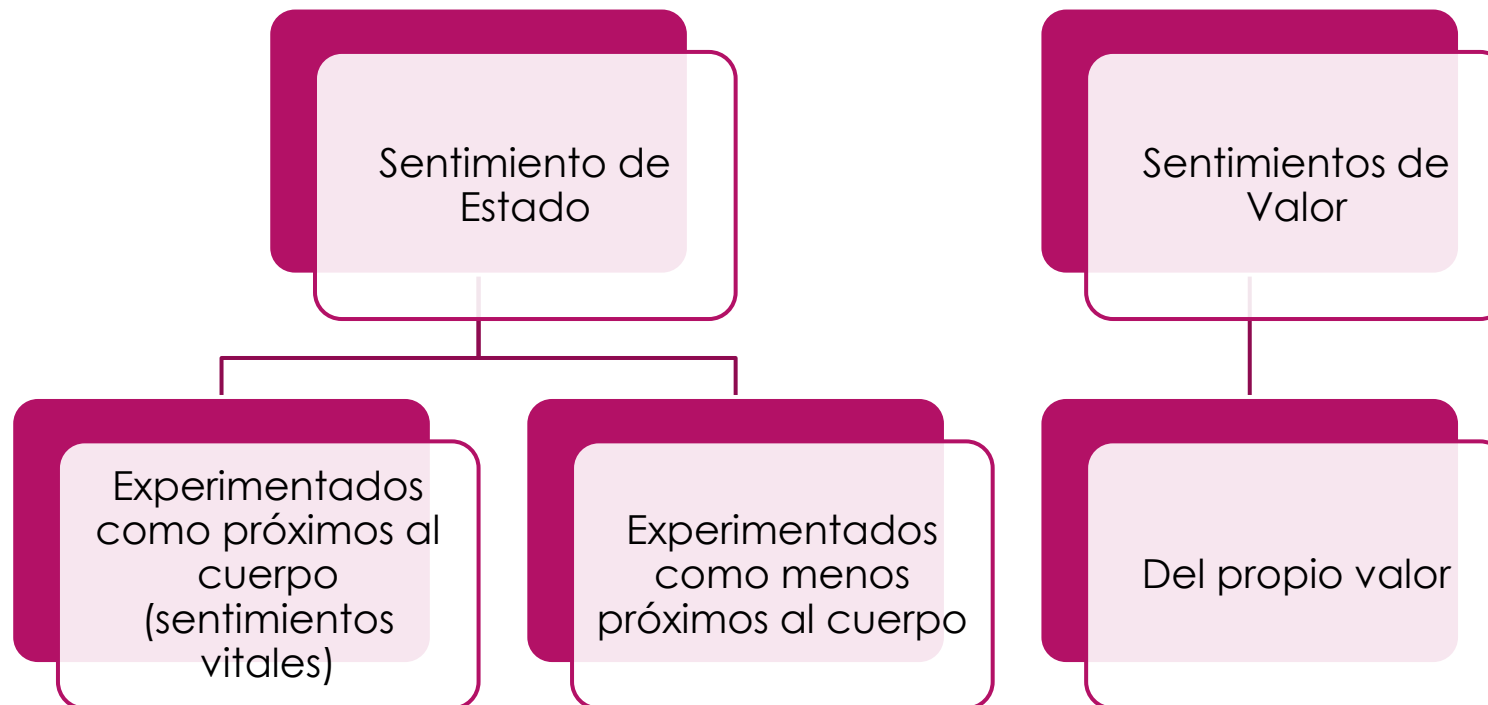
- La patogenia se produce en el instante de la conservación por lo que no se puede evocar.
- Se debe al envejecimiento o a alguna cerebropatía orgánica

AFECTIVIDAD

- ▶ El **afecto** o sentimiento es un aspecto de la vivencia, estado del yo.
- ▶ **EMOCIÓN**: sentimiento transitorio, agudo y brusco, desencadenado por una percepción o representación, muy vivo y acompañado o seguido de manifestaciones corporales (funcionamiento cardíaco, vascular, respiratorio, endocrino, distribución de la sangre, sobre las secreciones, motilidad lisa y voluntaria).
- ▶ **ANGUSTIA**: emoción de temor indefinido, sin contenido objetivo preciso, temor de algo que va a suceder y se acompaña de síntomas corporales (opresión torácica, falta de aire, nudo en la garganta, palpitaciones, taquicardia, sudor).

PATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD

CLASIFICACIÓN DE SENTIMIENTOS SEGÚN SCHNEIDER:



PATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD

CLASIFICACIÓN DE SENTIMIENTOS SEGUN SCHNEIDER:

1. Sentimiento de estado

a). Experimentados como próximos al cuerpo (sentimientos vitales)

- Agradable/ Desagradable

Ejemplo:

Ansiedad: no hay respuesta ante situación objetiva, con cambios psicofisiológicos.

Tensión: inquietud física, el/la paciente reacciona en cualquier momento.

Alegría: sensación bienestar, estrecha relación corporal.

Tristeza: estado de pena, estrecha relación corporal.



PATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD

CLASIFICACIÓN DE SENTIMIENTOS SEGUN SCHNEIDER:

b). Experimentados como menos próximos al cuerpo

- Agradables: alegría, felicidad, buen humor, confianza.
- Desagradables: tristeza, desesperanza, miedo, cólera, ira.

Ejemplos:

Euforia: bienestar exagerado, no adecuado a situación.

Afecto heboide: actitud jugueteo, no contagiosa, superficial.

Afecto pueril: vanidad zonza, ingenuo, no contagiosa, produce extrañeza.

Aplanamiento: indiferencia emocional.

Apatía: ausencia respuesta emocional así mismo y con el mundo externo.



PATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD

CLASIFICACION DE SENTIMIENTOS SEGUN SCHNEIDER:

b). Experimentados como menos próximos al cuerpo

Desanimo: incapacidad de respuesta emocional.

Anhedonia: incapacidad experimentar placer.

Frialdad afectiva: compuesto por aplanamiento afectivo, apatía y anhedonia.

Depresión: disminución de animo vivido como tristeza, conjunto de síntomas, se usa como sindromático.

Disforia: irritabilidad, ánimo cambiante, desagradado.

Distimia: oscilación movimientos afectivos con trascendencia conductual.

Ambivalencia: sentimientos opuestos.



PATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD

CLASIFICACION DE SENTIMIENTOS SEGUN SCHNEIDER:

b). Experimentados como menos próximos al cuerpo

Irritabilidad: excesiva sensibilidad, con reacción impaciente, agresivo.

Miedo: reacción emocional frente situación de huida, causa identificable, menor grado TEMOR y grado extremo PAVOR.

Pánico: estado afectivo episódico, extremo, sentimiento de terror, desorganización de personalidad.

Perplejidad: reacción de angustia, extrañeza frente percepción mundo externo, desfamiliarización.

Tenacidad afectiva: persistencia extrema en el tiempo de una emoción.

Rigidez afectiva: incapacidad para modificar un afecto según situación.

Labilidad afectiva: cambios bruscos y repentinos de tono afectivo, sin motivos.

Incontinencia afectiva: falta de control en exteriorización de afectos.

PATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD

2. Sentimientos de valor

a). Del propio valor

- Afirmativos: fuerza, vanidad, orgullo, rebeldía, superioridad.
- Negativos: vergüenza, culpa, timidez, arrepentimiento.

Ejemplos de sentimientos:

Sobrevalorados: exaltación de capacidades fuera de lo habitual.

Minusvalía: ser inútil, incapaz, pérdida de confianza.

Ruina: desposeído de bienes materiales.

Desamparo: se siente solo, nadie lo estima.

Pérdida de sentimientos: vacío, devastado.

Desesperación: pérdida de esperanza.

Perplejidad: angustia, incertidumbre y extrañeza del mundo interno y externo.

Éxtasis: exaltación placentera intensa.

PSICOMOTILIDAD

- ▶ Puede estar normal, incrementada o disminuida.
- ▶ Causas: médicas, neurológicas y/o psiquiátricas
- ▶ Evaluar si es una conducta hiperactiva (inquietud de conducta sin objetivo) o si tiene alguna propositividad.

ALTERACIONES DE LA PSICOMOTILIDAD

INHIBICIÓN PSICOMOTRIZ

- incapacidad total o parcial de expresar o ejecutar a través de los movimientos los deseos, impulsos, órdenes.
- Hay pobreza en los movimientos (hipokinesia),
- pobreza en la expresión facial (hipomimia)
- y en algunas ocasiones lentitud del pensamiento (bradipsiquia).
- Se puede ver en depresión, en EQZ.

FATIGA

- paciente se siente capaz de iniciar una actividad de motivación pero a medida que transcurre el tiempo se va agotando con mucha rapidez y baja su rendimiento, se ve en depresiones, EQZ

ALTERACIONES DE LA PSICOMOTILIDAD

ESTUPOR

- hay incapacidad total de expresión, ejecución de órdenes, puede incluso haber incontinencia de esfínteres. Existe dentro de éste el estupor catatónico que implica la inmovilidad, mutismo, ausencia de reacción a estímulo, se da en EQZ.

ABULIA

- Inactividad secundaria a falta de voluntad.
- Se ve en depresión y EQZ

ACTIVIDAD FACILITADA

- Paciente realiza una hiperactividad en relación que pone en acción un pensamiento. Ej: manía o hipomanía

ALTERACIONES DE LA PSICOMOTILIDAD

HIPERSEXUALIDAD

- trastorno de la psicomotilidad, donde hay una exaltación del impulso sexual
- Seductor, mirada lasciva, frecuentes chistes, alusión al tema sexual, busca contacto físico y erotización.
- Se da en cuadros bipolares, autistas, discapacidad intelectual

HIPOSEXUALIDAD

- trastorno en que secundario a la inhibición o apagamiento del impulso sexual, se traduce en apatía, evitación e hipoactividad.
- Se ve en depresión.

BIZARRERIA

- conductas inoportunas, fuera de lugar, inesperada, grotescas, también se manifiesta en lenguaje amanerado, y con vestimenta sobrecargada, exagerada o grotesca.
- Se ve en EQZ, bipolaridad.

ALTERACIONES DE LA PSICOMOTILIDAD

APRAXIA IDEOMOTRIZ

- dificultad para ejecutar acciones motrices por imitación, crea dificultades en los movimientos finos e interfiere en el aprendizaje de nuevas adquisiciones motrices
- se ve en los pacientes con TDAH, Trastorno. del aprendizaje, Trastorno de lenguaje.

ESTEREOTIPIAS

- Continua repetición de movimientos, actitudes, posiciones, lenguaje de carácter rítmico, carentes de sentido pragmático, pero que en un inicio tenían un objetivo.
- Ej: repetición de una idea o un pensamiento.

TICS

- son movimientos repetitivos, repentinos o gestos o fragmentos de una expresión de breve duración, varían de intensidad y frecuencia.

PENSAMIENTO

- ▶ Es una operación de análisis y de síntesis, que usa datos simples con los que se elabora otras ideas, es un fenómeno psíquico y es el resultado de poder combinar y elaborar experiencias.
- ▶ Tiene una dependencia directa con el grado de desarrollo del niño. Ej: en etapas tempranas se relaciona con el pensamiento mágico.
- ▶ Está en relación a sus funciones ejecutivas.
- ▶ **Pensamiento normal:** coherente organizado, elástico, versátil, plástico y rítmico.
- ▶ En el niño se puede evaluar el pensar en la verbalización, en el juego.
- ▶ El pensamiento tiene un curso, un contenido y una finalidad.

EVALUACIÓN DEL PENSAMIENTO

- ▶ **Coherencia- lógica:** ¿los pensamientos del niño se unen coherentemente para expresar una idea?
- ▶ **Pensamiento metafórico:** clásico de los adolescentes
- ▶ **Direccionalidad:** tiene algún fin
- ▶ **Prueba de realidad:** aproximadamente a los 8 años un niño ya debe distinguir entre la realidad y la fantasía, y deben distinguir los pensamientos que vienen de su cabeza y las voces externas.
- ▶ **Asociaciones:** Se debe observar si el niño es capaz de volver a la idea original después de hacer disgregaciones hacia otros tópicos.
 - ▶ Prosodia: coherencia lógica entre la emocionalidad y el contenido del pensamiento
- ▶ **Capacidad de abstracción:** se puede evaluar con pruebas de semejanzas e interpretación de proverbios.

ALTERACIÓN EN LA VELOCIDAD DEL PENSAMIENTO

Taquipsiquia: mayor velocidad de las asociaciones de ideas, con mayor número de palabras acompañadas de una actividad motora intensa; frecuente en la manía.

- **Ideofugalidad:** el paciente pasa rápidamente de una idea a otra.
- **Fuga de ideas:** grado extremo de ideofugalidad, donde el discurso pasa a ser incomprensible.

Bradipsiquia: disminución de la velocidad del pensamiento.

- **Inhibición del pensamiento:** tipo de bradipsiquia, retardo en el curso del pensamiento, donde el paciente tiene una sensación subjetiva de dificultad e interferencia, se ve en la depresión.

ALTERACIÓN DE LA FORMA O CURSO DEL PENSAMIENTO

- ▶ **Pensamiento prolijo-rígido**, detallista, no se distingue lo importante de lo accesorio, se puede observar en el TOC, trastorno de personalidad obsesivos.
- ▶ **Neologismos**: creación o deformación de una palabra, que tiene un significado especial para el paciente y es absurdo para nuestro lenguaje, es característico de psicosis. EQZ.
- ▶ **Bloqueos**: súbita supresión del curso del pensamiento, se traduce en bruscas detenciones del discurso y los pacientes lo relatan como mente en blanco.

- ▶ **Pensamiento ambivalente**: coexisten simultáneamente una idea y la opuesta.
- ▶ **Ecolalia**, es la repetición de una palabra o la última frase que pronunció una persona.
- ▶ **Disgregación**, ideas sin un hilo conductor, carece de una directriz, no se entiende. Ej: "Yo me he reído de todo lo que he querido. Con esta cicatriz no he ofendido a nadie. Madre, perdóname. En Italia me dijeron eso. Si usted no hace na. Lo que usted ya sabe. ¡Hombre! Me dijo: ¡Déjala! Si es la reina del mundo la que manda eso".
- ▶ **Pensamiento incoherente**: pérdida de la finalidad del discurso, secundario a compromiso de conciencia.

ALTERACIÓN DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

- ▶ **Pensamiento sobrevalorado:** que vemos en fanáticos, en sectarios, perturba el juicio crítico, no se percibe como extraño.
- ▶ **Fantasioso:** es común en niños y adolescentes, debe diferenciarse de la capacidad creativa.
- ▶ **Paranoico:** suspicaz, desconfiado, estado de alerta, tensión.

- ▶ **Delirante:** pensamiento falso que choca con la realidad, con características:
 - ▶ ser una idea firmemente sostenida pero con fundamentos lógicos inadecuados.
 - ▶ Es incorregible, aun con la demostración de su imposibilidad.
 - ▶ Es inadecuado para el contexto cultural del sujeto.
- ▶ **Ideas de culpa o ruina:** en depresión

LENGUAJE

- ▶ Corresponde a una compleja interrelación entre la integración sensorial, asociación de símbolos, habilidades motoras, modelos sintácticos aprendidos y memoria verbal.
- ▶ La idea del lenguaje consiste en elaborar ideas, necesidades, sentimientos, además de comunicar e interactuar con otros
- ▶ Sus componentes son:

Forma:

- fonología, morfología y sintaxis.

Contenido:

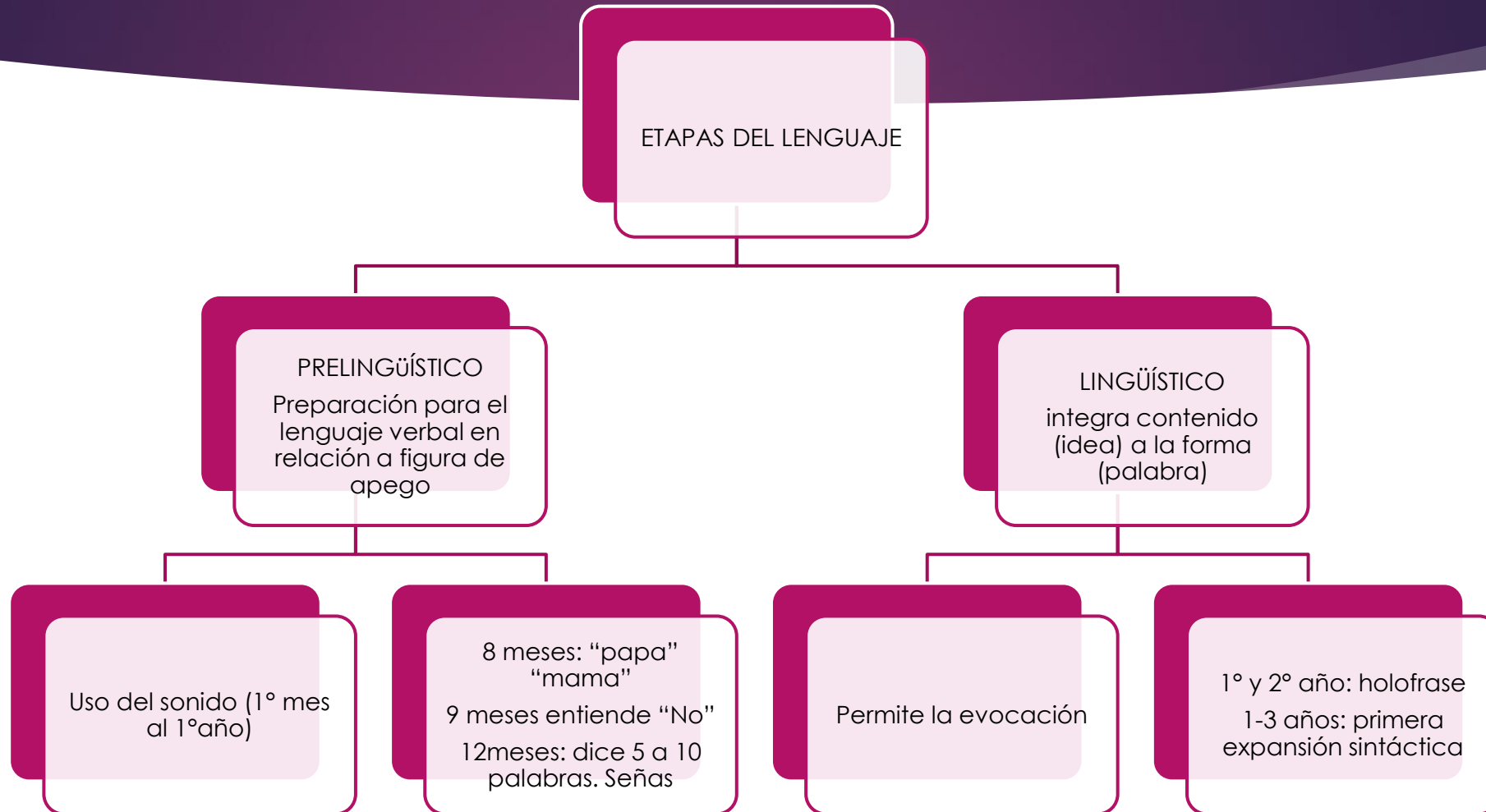
- vocabulario, conceptos

Pragmática

- uso

HABLA: Acto motor que involucra la producción y secuencias de sonidos significativos para la producción del sonido, para esto es fundamental la articulación del sonido (fonética) y fluidez de la expresión.

ETAPAS DEL LENGUAJE



LENGUAJE ETAPA LINGÜÍSTICA



12 a 24 meses: Primeras palabras con intencionalidad

Holofrases: 12-18 meses "run"

Frases con 2 palabras: "mama vamos"



2 a 3 años:

Uso de 2 palabras para expresar un pensamiento práctico.

Uso de la negación "**NO**", constituye la primera oposición semántica.
(Organizador del "Yo")



3 a 6 años: Expansión morfosintáctica

Completa la adquisición de todos los compuestos gramaticales del lenguaje.

Logran competencia verbal para iniciar la lectoescritura hacia los 6 años.

INTELIGENCIA

- ▶ La actividad que logra la máxima adaptación del medio que lo rodea, comprendiendo todo aquello que el individuo debe aprender para esa adaptación.
- ▶ La inteligencia comprende, primero aprender la experiencia y segundo adaptarse al medio ambiente propio.
- ▶ **JUICIO:** capacidad crítica que permite distinguir lo esencial de lo accesorio, lo general de lo particular, lo importante de lo insignificante.
 - ▶ Pruebas de juicio
 - ▶ Diferencias- semejanzas-proverbios

EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA

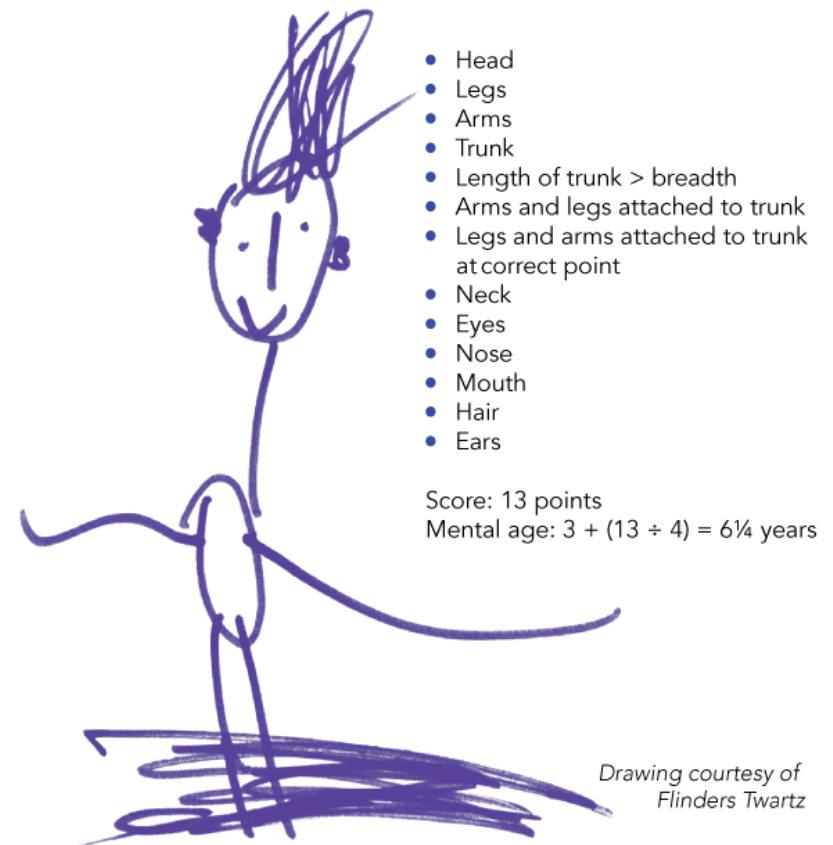
FIGURA HUMANA – TEST DE GOODENOUGH

- ▶ Aplicable entre 3 y 10 años de edad
- ▶ La evaluación se reduce a computar el número de detalles acertados que incluye la figura realizada.
- ▶ Se finaliza convirtiendo ese puntaje en Edad Mental y luego en Coeficiente Intelectual
- ▶ 1 punto para cada parte de la figura y se divide por 3

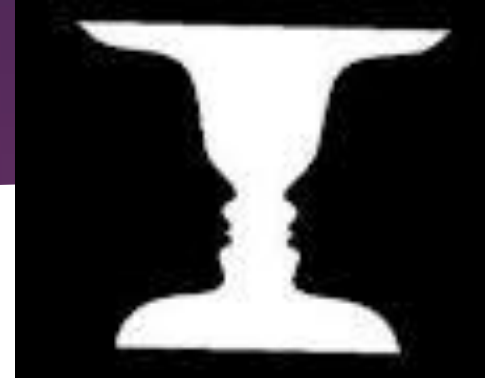
TEST DE INTELIGENCIA de Wechsler para Niños WISC, creada en 1949.

Propósito: Evaluar la Inteligencia del niño y predecir su logro escolar.

Instrumento clínico de aplicación individual



SENSOPERCEPCIÓN



- ▶ Reconocimiento de la impresión sensorial.
- ▶ El todo es la suma de las partes.
- ▶ Los elementos percibidos tienden a organizarse, tiende a la generalización
- ▶ Un objeto tiende a percibirse distinto al fondo. Las figuras tienden a percibirse completas y simétricas
- ▶ Las percepciones normales son aquellas que tienen una validación consensual de una cultura dada. Validación consensual significa que lo que una persona ve, escucha y toca, es similar a lo que otra persona ve, escucha y toca.

ALTERACIÓN EN LA PERCEPCIÓN

Cualitativa:

- Ilusiones, Alucinaciones; Pseudoalucinaciones, Alucinosis, despersonalización, desrealización.

Cuantitativa:

- retardo perceptivo (depresión “me demoro en entender”), intensificación (manía) o disminución de la percepción.

ALUCINACIÓN

- ▶ Es una percepción no basada en la realidad objetiva, es una percepción sin objeto, es una idea, un pensamiento que se identifica con los sentidos y posteriormente con la conciencia
- ▶ Causas: EQZ, Manía, Intoxicación con marihuana, cocaína, anfetamina, alcohol e inhalantes

TIPOS DE ALUCINACIONES

Sensoriales

- ▶ Auditivas: pueden ser elementales (ruidos) o complejas (voces)
- ▶ Visuales: epilepsia, hipertermia, intoxicación y psicosis
- ▶ Gustativas y/o olfatorias: patologías del hipocampo y epilepsia del lóbulo temporal
- ▶ Táctiles: intoxicación con cocaína.
- ▶ Cenestésicas: sensaciones corporales extrañas

Hipnagógicas o Hipnopómpicas: al comenzar o terminar el sueño, son trastornos del sueño

ALTERACIÓN CUALITATIVA DE LA PERCEPCIÓN

PSEUDOALUCINACIONES

- Son trastornos de la representación, se considera una falla en la identificación del propio pensamiento, por deficiencia de juicio.
- “las voces me dicen lo que pienso”
- Causa: EQZ de inicio precoz

ALUCINOSIS

- El fenómeno es reconocido como tal en el momento que se produce y se acompaña de gran angustia, no se cree como real, no existe delirio
- Causas: intoxicaciones alcohólicas, accidentes de tránsito sin lesión neurológica seria, traumas simples y trastornos disociativos.

DESPERSONALIZACIÓN

- Perturbación de la percepción en el sentido de sí mismo, el paciente se siente extraño, como si no fuera el mismo de antes, se siente confundido, perplejo.
- Causas: cuadros ansiosos y tremas EQZ.

JUICIO DE REALIDAD

- ▶ Se evalúa en el desarrollo anormal de personalidad y en cuadros psicóticos
- ▶ Implica la capacidad de:
 1. diferenciar el yo del no-yo
 2. diferenciar el origen de los estímulos ya sea intrapsíquico o extrapsíquico
 3. mantener criterios de realidad socialmente aceptados.
- ▶ El juicio de realidad esta mantenido en las estructuras de personalidad neuróticas y limítrofes, no así en las psicóticas por lo que es un criterio diferenciador entre estructuras de personalidad psicóticas y limítrofes.

JUICIO DE REALIDAD

La evaluación de este criterio se hace en tres etapas (Gomberoff, 1999):

Presencia/ausencia de alucinaciones o ideas delirantes

Mantenimiento de criterios sociales

Identificar en la interacción mecanismos de defensa primitivos e interpretarlos

JUICIO DE REALIDAD

1. Presencia / ausencia de alucinaciones o ideas delirantes: si en ese momento las tiene significa que el juicio de realidad esta perdido.

- ▶ Si ha tenido estas manifestaciones se pregunta por el significado de ellas "¿qué le parece lo que le pasó?" si el paciente responde que no lo entiende y teme estar perdiendo la razón significa que se recobró el sentido de realidad (lo que puede ocurrir en las estructuras limítrofes),
- ▶ Por el contrario, si lo describe como algo natural, el juicio de realidad aún esta perdido.

JUICIO DE REALIDAD

2. Mantención de criterios sociales:

- ▶ Si el paciente nunca ha tenido alucinaciones ni ideas delirantes se evalúa, mediante la observación o análisis del discurso, lo más extraño o absurdo de la conducta del paciente o de los afectos.
- ▶ Después de tener claro esto se le pregunta "yo quisiera hablar con usted de algo que he observado en nuestra interacción ¿me permite que le señale algo que me llamó la atención y que me tiene algo sorprendido, que no entiendo?...yo vi que usted estaba haciendo esto o reacciona de tal forma y esto me pareció raro ¿usted entiende que a mí me haya parecido extraño o es un problema mío?".
- ▶ Un paciente con el juicio de realidad mantenido entiende que al entrevistador le resulte extraño lo que él le señaló y explica la situación mejorando el entendimiento de éste. Por el contrario, el juicio de realidad se denota perdido si el paciente no puede ver por qué a otra persona le resulte extraño cierto comportamiento.

JUICIO DE REALIDAD

3. **Identificar en la interacción mecanismos de defensa primitivos e interpretarlos:** este paso es el más difícil.

- ▶ Se debe tener una visión global del paciente, tomar en cuenta su comportamiento y como responde a las preguntas del entrevistador.
- ▶ Las reacciones defensivas primitivas comienzan a aparecer en las estructuras limítrofes y psicóticas al pedirle al paciente que se describa y continúan apareciendo en el transcurso de la entrevista estructural. Ante las defensas del paciente, interpretar en el presente y ver la reacción de este.
- ▶ Los pacientes limítrofes mejoran con esta intervención, los psicóticos empeoran (Kernberg, 1987; Gombergoff, 1999).



Psicopatología infantil

DRA. RENATA DUPUY ABIUSO

PSIQUIATRA INFANTOJUVENIL