

Trastornos del desarrollo psicológico

Los trastornos incluidos en F80-F89 tienen en común las siguientes características:

- a) Comienzo siempre en la primera o segunda infancia.
- b) Deterioro o retraso del desarrollo de las funciones que están íntimamente relacionadas con la maduración biológica del sistema nervioso central.
- c) Curso estable que no se ve afectado por las remisiones y recaídas que tienden a ser características de muchos trastornos mentales.

En la mayoría de los casos las funciones afectadas son el lenguaje, el rendimiento de las funciones visoespaciales o de coordinación de movimientos.

F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje

| | |
|-------|---|
| F80.0 | Trastorno específico de la pronunciación. |
| F80.1 | Trastorno de la expresión del lenguaje. |
| F80.2 | Trastorno de la comprensión del lenguaje. |
| F80.3 | Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner). |
| F80.8 | Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje. |
| F80.9 | Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación. |

En estos trastornos las pautas normales de adquisición del lenguaje están alteradas desde estadios tempranos del desarrollo. Estos trastornos no son directamente atribuibles ni a anomalías neurológicas o de los mecanismos del lenguaje, ni a deterioros sensoriales, retraso mental o factores ambientales. Aunque el niño pueda ser capaz de comprender y comunicarse en ciertas situaciones muy familiares, más que en otras, la capacidad de lenguaje es deficitaria en todas las circunstancias.

F80.0 Trastorno específico de la pronunciación

Se trata de un trastorno específico del desarrollo en el que la pronunciación de los fonemas por parte del niño está a un nivel inferior al adecuado a su edad mental, pero en el que el nivel es normal para el resto de las funciones del lenguaje.

Trastornos del desarrollo psicológico

Pautas para el diagnóstico

La edad a la que se domina la pronunciación de los fonemas y el orden del desarrollo de la adquisición de los mismos, tiene variaciones individuales considerables.

Desarrollo normal: A los cuatro años de edad son normales errores en la pronunciación de los fonemas, pero el niño es capaz de hacerse comprender fácilmente por extraños. A los 6-7 años de edad ya se han adquirido la mayor parte de los fonemas, aunque pueden persistir dificultades para ciertas combinaciones de sonido, lo cual no implica problemas para la comunicación. A los 11-12 años el dominio de casi todos los fonemas es completo.

Desarrollo anormal: Tiene lugar cuando el niño adquiere los fonemas de un modo retrasado o desviado, lo que le lleva a pronunciar mal, con las consiguientes dificultades para hacerse comprender. Se presentan omisiones, distorsiones o sustituciones de los fonemas del habla e inconsistencias en la pronunciación de sonidos coincidentes (por ejemplo, el niño puede pronunciar correctamente fonemas en algunas posiciones de palabras pero no en otras).

El diagnóstico debe hacerse únicamente cuando la gravedad del trastorno de pronunciación excede los límites normales teniendo en cuenta la edad mental del niño, cuando la inteligencia no verbal está en un rango normal, cuando las funciones del lenguaje expresivo y receptivo estén dentro de los límites normales y, cuando las anomalías de la pronunciación no puedan ser directamente atribuidas a una anomalía sensorial, estructural o neurológica y cuando los fallos de la pronunciación sean claramente anormales en el contexto de los usos coloquiales del entorno socio-cultural del niño.

Incluye: Trastorno del desarrollo de la articulación del lenguaje. Trastorno funcional de la articulación del lenguaje. Lambdacismo. Dislalia. Trastornos del desarrollo fonológico.

Excluye: Trastornos de la articulación debidos a: Hendidura palatina y otras anomalías fonatorias implicadas con el habla (Q35-Q38). Apraxia (R48.2). Disfasia o ataxia sin especificación (R47.0). Pérdidas de audición (H90-H91). Retraso mental (F70-F79). Déficits de la articulación que acompañan a trastornos del desarrollo de la expresión del lenguaje (F80.1). Déficits de la articulación que acompañan a trastornos del desarrollo de la recepción del lenguaje (F80.2).

F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje

Trastornos del desarrollo psicológico

Se trata de un trastorno específico del desarrollo en el que la capacidad del niño para la expresión del lenguaje oral es marcadamente inferior al nivel adecuado a su edad mental, pero en el que la comprensión del lenguaje está dentro de los límites normales. Puede haber o no alteraciones de la pronunciación.

Pautas para el diagnóstico

Aunque existe una considerable variación individual del desarrollo normal del lenguaje, la ausencia de la expresión de palabras simples (o aproximaciones de palabras) alrededor de los dos años y el fracaso en la elaboración de frases sencillas de dos palabras hacia los tres años, deben ser tomados como indicios significativos de un retraso. Más tarde se presenta una limitación del desarrollo del vocabulario, un recurso al uso excesivo de un escaso número de palabras generales, dificultades en la elección de las palabras adecuadas, la sustitución de unas palabras por otras, la utilización de frases cortas, la estructuración inmadura de las frases, errores sintácticos, en especial omisiones de sufijos o prefijos y errores u omisiones de elementos gramaticales concretos, tales como preposiciones, pronombres, artículos, formas verbales y derivados de sustantivos. Pueden presentarse también generalizaciones incorrectas de reglas gramaticales y también una falta de fluidez de las frases o de la capacidad de ordenar adecuadamente en el tiempo acontecimientos pasados. Es frecuente que los déficits del lenguaje hablado se acompañen de retrasos o anomalías en la pronunciación de los fonemas que forman las palabras.

El diagnóstico debe hacerse únicamente cuando la gravedad del retraso del desarrollo del lenguaje expresivo exceda los límites de la variación normal y cuando la comprensión del lenguaje está dentro de los límites normales para la edad del niño (aunque a menudo el lenguaje receptivo puede estar en algunos aspectos por debajo de lo normal). El recurso a signos no verbales (sonrisas y gestos) y el lenguaje interior (imaginación y juegos de la fantasía) están relativamente intactos, así como la capacidad para la comunicación no verbal en sociedad. A pesar del déficit del lenguaje, el niño intenta comunicarse y tiende a compensar la carencia lingüística mediante el uso de expresiones demostrativas, de gestos, de la mímica y de vocalizaciones no lingüísticas. Sin embargo, no son raras las dificultades de las relaciones con los compañeros, los problemas emocionales, el comportamiento desorganizado o hiperactivo y déficits de la atención. En una pequeña parte de los casos puede presentarse una pérdida auditiva parcial (a menudo selectiva) concomitante, pero ésta no es de una gravedad suficiente como para justificar el retraso del lenguaje. La participación inadecuada en las conversaciones o una privación ambiental más general, pueden jugar un papel importante o contribuir significativamente a la génesis del trastorno de la expresión del lenguaje.

Incluye: Disfasia o afasia del desarrollo (de tipo expresivo).

Trastornos del desarrollo psicológico

Excluye: Disfasia o afasia del desarrollo de tipo receptivo (F80.2). Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-). Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner) (F80.3). Mutismo selectivo (F94.0). Retraso mental (F70-F79). Disfasia o afasia sin especificación (R47.0).

F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje

Se trata de un trastorno específico del desarrollo en el que la comprensión del lenguaje por parte del niño es inferior al nivel adecuado a su edad mental. Prácticamente en todos los casos existe además un deterioro notable de la expresión del lenguaje y son frecuentes las alteraciones en la pronunciación de los fonemas. Pautas para el diagnóstico Deben tenerse en cuenta los siguientes indicios de retraso: un fracaso para responder a nombres familiares (en ausencia de claves no verbales) hacia el duodécimo mes de la vida y la incapacidad para reconocer los nombres de al menos algunos objetos corrientes a los 18 meses y para llevar a cabo instrucciones simples y rutinarias a la edad de dos años. Más tarde se presentan otras dificultades, tales como incapacidad de comprensión de ciertas formas gramaticales (negativas, interrogativas, comparativas, etc.) y falta de comprensión de los aspectos más sutiles del lenguaje (tono de voz, gestos, etc.).

El diagnóstico debe hacerse sólo cuando la gravedad del retraso de la comprensión del lenguaje excede los límites de la variación normal para la edad del niño, cuando la inteligencia no verbal está dentro de los límites normales y cuando no se satisfacen las pautas del trastorno generalizado del desarrollo. En casi todos los casos está también retrasado de un modo muy importante el desarrollo de la expresión del lenguaje y son frecuentes las alteraciones de la pronunciación de los fonemas. De todas las variedades de trastornos específicos del desarrollo del habla y el lenguaje, ésta es la que más suele acompañarse de problemas sociales, emocionales y del comportamiento, los cuales no tienen ninguna forma específica, pero son relativamente frecuentes la hipercinesia y los déficits de atención, la inadaptación social y el aislamiento de los compañeros, la ansiedad, la hipersensibilidad y la excesiva timidez. Los niños que presentan las formas más graves de trastorno de la comprensión del lenguaje pueden presentar un cierto retraso de su desarrollo social, pueden imitar un lenguaje que no comprenden y pueden tener intereses muy limitados. Sin embargo, se diferencian de los niños autistas en que normalmente son capaces de participar en una interacción social y en representaciones lúdicas normales, de conseguir respuestas de los padres para satisfacer sus necesidades, de recurrir casi normalmente a la mímica y presentar sólo leves déficits en la comunicación no verbal. No es raro cierto grado de pérdida auditiva para los tonos altos, pero sin que el grado de sordera llegue a ser suficiente como para justificar el déficit del lenguaje.

Trastornos del desarrollo psicológico

Incluye: Afasia o disfasia del desarrollo tipo receptivo. Sordera verbal. Agnosia auditiva congénita. Afasia del desarrollo de Wernicke.

Excluye: Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner, F80.3). Autismo (F84.0, F84.1). Mutismo selectivo (F94.0). Retraso mental (F70-F79). Retraso del lenguaje secundario a sordera (H90-H91). Disfasia o afasia sin especificación (R47.0). Disfasia o afasia tipo expresivo (F80.1).

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

Se trata de un trastorno en el que el niño, habiendo progresado de un modo normal en la adquisición del lenguaje, pierde la capacidad de comprensión y de expresión del mismo, pero conserva la inteligencia general. La aparición del trastorno se acompaña de anomalías paroxísticas en el electroencefalograma (casi siempre en los lóbulos temporales, normalmente de un modo bilateral, pero con frecuencia con un trastorno disrítmico más generalizado) y en la mayoría de los casos también de ataques epilépticos. La aparición suele tener lugar entre los tres y los siete años de edad, pero puede tener lugar antes o después, durante la infancia. En la cuarta parte de los casos la pérdida de lenguaje tiene lugar de manera gradual durante un período de varios meses, pero lo más frecuente es que la pérdida sea brusca, en el curso de días o semanas. La relación temporal entre la aparición de los ataques y de la pérdida del lenguaje suele ser variable, precediendo unos a la otra o viceversa, con un intervalo de varios meses a dos años. Es muy característico que el deterioro de la comprensión del lenguaje sea profundo, y que las dificultades para la comprensión de los sonidos sean la primera manifestación de este trastorno. Algunos niños enmudecen totalmente, otros limitan su expresión a una jerga particular, mientras que otros presentan déficits más leves en la expresión y fluidez verbales, a menudo acompañados por disartria. En algunos casos se presenta una afectación de la calidad de la vocalización, con una pérdida de las inflexiones normales. A veces, en las fases tempranas del trastorno, parece fluctuar la afectación de las funciones del habla. En los meses posteriores a la pérdida inicial del lenguaje son bastante frecuentes los trastornos del comportamiento y los emocionales, pero éstos tienden a mejorar a medida que el niño adquiere algún medio de comunicación.

Excluye: Afasia adquirida secundaria a un traumatismo, tumor u otra patología cerebral conocida. Otro trastorno desintegrativo de la infancia (F84.3). Autismo (F84.0, F84.1).

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

Trastornos del desarrollo psicológico

Incluye: Ceceo. Balbuceo.

F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación DSM-IV

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

Incluye: Trastorno del lenguaje sin especificación.

F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar

| | |
|-------|--|
| F81.0 | Trastorno específico de la lectura. |
| F81.1 | Trastorno específico de la ortografía. |
| F81.2 | Trastorno específico del cálculo. |
| F81.3 | Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar. |
| F81.8 | Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar. |
| F81.9 | Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación. |

Son trastornos en los que desde los primeros estadios del desarrollo están deterioradas las formas normales del aprendizaje. El deterioro no es únicamente consecuencia de la falta de oportunidades para aprender, ni es la consecuencia de traumatismos o enfermedades cerebrales adquiridos. Por el contrario, los trastornos surgen de alteraciones de los procesos cognoscitivos, en gran parte secundarias a algún tipo de disfunción biológica. Al igual que la mayoría del resto de los trastornos del desarrollo, estas alteraciones son considerablemente más frecuentes en varones que en mujeres.

Los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar abarcan grupos de trastornos que se manifiestan por déficits específicos y significativos del aprendizaje escolar. Estos déficits del aprendizaje no son la consecuencia directa de otros trastornos (como un retraso mental, déficits neurológicos importantes, problemas visuales o auditivos sin corregir o trastornos emocionales), aunque pueden estar presentes. Los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar suelen presentarse

Trastornos del desarrollo psicológico

acompañados de otros síndromes (tales como trastornos de déficit de atención o trastornos específicos del desarrollo del habla y el lenguaje).

Pautas para el diagnóstico

Primero, debe haber un deterioro clínicamente significativo del rendimiento escolar específico, valorado a partir de la gravedad definida por el nivel de escolaridad (por ejemplo, por el nivel esperable en menos del tres por ciento de la población infantil escolar), por la presencia de antecedentes (es decir si, las dificultades escolares fueron precedidas en la edad preescolar por retrasos o desviaciones del desarrollo, del habla o del lenguaje), por la presencia de problemas concomitantes (déficits de atención, hipercinesia, problemas emocionales o trastornos disociales), por formas o conjuntos específicos de rasgos (es decir, por la presencia de anomalías cualitativas que no suelen formar parte del desarrollo normal) y por la respuesta a intervenciones concretas (las dificultades escolares no remiten rápida y correctamente tras ayuda extra a la enseñanza en casa o en el colegio).

Segundo, el déficit debe ser específico en el sentido de que no sea explicable por un retraso mental o por déficits menores de la inteligencia general. Debido a que el CI y el rendimiento escolar no son exactamente paralelos, esta distinción sólo puede hacerse teniendo en cuenta los tests de CI y de rendimiento, estandarizados, aplicados de forma individual, que sean adecuados para la cultura y el sistema educativo del niño. Estos tests deben ser empleados junto con tablas estadísticas que faciliten datos sobre el nivel medio de rendimiento esperado para un CI a cualquier edad cronológica. Este último requisito es necesario por la importancia de los efectos de la regresión estadística, por eso, es muy probable que los diagnósticos basados en la sustracción de la edad de rendimiento de la edad mental estén notablemente sesgados. Sin embargo, es poco probable que, en la práctica clínica, la mayor parte de las veces se cumplan de hecho estos requisitos y por lo tanto, la pauta clínica general es simplemente que el nivel de rendimiento del niño sea considerablemente más bajo que el esperado para su edad mental.

Tercero, el déficit debe ser precoz, en el sentido de que debe haber estado presente desde el comienzo de la educación y no haber sido adquirido con posterioridad. La historia del progreso escolar del niño facilitará datos sobre este punto.

Cuarto, deben estar ausentes factores externos que pudieran justificar suficientemente las dificultades escolares. Como se indicó más arriba, el diagnóstico de los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar debe apoyarse en general en la presencia positiva de un trastorno del rendimiento escolar clínicamente significativo debido a factores intrínsecos del desarrollo del niño. Sin embargo, para aprender con eficacia, los niños deben tener oportunidades adecuadas. No obstante, si está claro que el

Trastornos del desarrollo psicológico

bajo rendimiento escolar se debe directamente a un absentismo escolar muy prolongado, sin enseñanza en casa o a una educación totalmente inadecuada, los trastornos no deben ser codificados aquí. Las ausencias frecuentes de la escuela o la interrupción de la escolarización debidas a cambios en la escuela normalmente no son suficientes para que se presente un retraso escolar del grado necesario para el diagnóstico de los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar. Sin embargo, una escolarización escasa puede complicar o aumentar el problema.

Por último, en quinto lugar, los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar no pueden deberse directamente a déficits visuales o de audición no corregidos.

F81.0 Trastorno específico de la lectura

Déficit específico y significativo del desarrollo de la capacidad de leer que no se explica por el nivel intelectual, por problemas de agudeza visual o por una escolarización inadecuada. Pueden estar afectadas la capacidad de comprensión de lectura, el reconocimiento de palabras leídas, la capacidad de leer en voz alta y el rendimiento en actividades que requieren leer. A menudo se presentan dificultades de ortografía concomitantes con el trastorno específico de la lectura, que suelen persistir durante la adolescencia, aun a pesar de que se hayan conseguido progresos positivos. Los niños con trastornos específicos de la lectura suelen tener antecedentes de trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje y la evaluación exhaustiva de cómo se utiliza el lenguaje, pone a menudo de manifiesto otros problemas más finos. Además del fracaso escolar, suelen ser complicaciones: las faltas de asistencia a la escuela y los problemas de adaptación social, en especial en los últimos años de la escuela elemental y secundaria. Este trastorno se presenta en todas las lenguas conocidas, pero no hay certeza de si su frecuencia se ve afectada o no por el tipo de estructura del lenguaje y de la escritura.

Pautas para el diagnóstico

El rendimiento de lectura del niño debe ser significativamente inferior al nivel esperado de acuerdo a su edad, su inteligencia general y su nivel escolar. El mejor modo de evaluar este rendimiento es la aplicación de forma individual de tests estandarizados de lectura y de precisión y comprensión de la lectura. La naturaleza exacta del problema de lectura depende del nivel esperado de la misma y del lenguaje y escritura. Sin embargo, en las fases tempranas del aprendizaje de la escritura alfabética, pueden presentarse dificultades para recitar el alfabeto, para hacer rimas simples, para denominar correctamente las letras y para analizar o categorizar los sonidos (a pesar de una agudeza auditiva normal). Más tarde pueden presentarse errores en la lectura oral como por ejemplo:

Trastornos del desarrollo psicológico

- a) Omisiones, sustituciones, distorsiones o adiciones de palabras o partes de palabras.
- b) Lentitud.
- c) Falsos arranques, largas vacilaciones o pérdidas del sitio del texto en el que se estaba leyendo.
- d) Inversiones de palabras en frases o de letras dentro de palabras. También pueden presentarse déficits de la comprensión de la lectura, como las siguientes:
- e) Incapacidad de recordar lo leído.
- f) Incapacidad de extraer conclusiones o inferencias del material leído.
- g) El recurrir a los conocimientos generales, más que a la información obtenida de una lectura concreta, para contestar a preguntas sobre ella.

Es frecuente que en las etapas finales de la infancia y en la edad adulta, las dificultades ortográficas sean más importantes y de la lectura. Es característico que las dificultades ortográficas impliquen a menudo errores fonéticos y parece que, tanto los problemas de lectura como los ortográficos, pueden ser en parte consecuencia de un deterioro de la capacidad de análisis fonológico.

Incluye: Retraso específico de la lectura. "Lectura en espejo". Dislexia del desarrollo. Disortografía asociada a trastornos de la lectura.

Excluye: Alexia y dislexia adquirida (R48.0). Dificultades adquiridas de lectura secundarias a trastornos de las emociones (F93.-). Trastorno de la ortografía no acompañado de dificultades para la lectura (F81.1).

F81.1 Trastorno específico de la ortografía

Trastorno cuya característica principal es un déficit específico y significativo del dominio de la ortografía en ausencia de antecedentes de un trastorno específico de la lectura y que no es explicable por un nivel intelectual bajo, por problemas de agudeza visual o por una escolarización inadecuada. En este trastorno están afectadas la capacidad de deletrear en voz alta y de escribir las palabras correctamente. Los niños que presentan sólo problemas para la escritura no se incluyen en esta categoría, pero en algunos casos las dificultades ortográficas se acompañan de problemas de la escritura. A diferencia de lo que normalmente se encuentra en los trastornos específicos de la lectura, las faltas ortográficas tienden a ser correctas desde un punto de vista fonético.

Pautas para el diagnóstico

Trastornos del desarrollo psicológico

El dominio que el niño tiene de la ortografía debe ser significativamente inferior al nivel esperado para su edad, para su inteligencia general y para su nivel escolar. El mejor modo de evaluar este trastorno es la aplicación individual de un test estandarizado de ortografía. La capacidad de lectura del niño (tanto en lo que respecta a la exactitud como a la comprensión) deben estar dentro de los límites normales y no debe haber antecedentes de dificultades significativas de lectura. Las dificultades ortográficas no deben ser la consecuencia de una enseñanza notoriamente inadecuada o de los efectos directos de déficits funcionales visuales, auditivos o neurológicos y tampoco deben de serlo de algún trastorno neurológico, psiquiátrico o de otro tipo adquirido.

Aunque se sabe que un trastorno "puro" de la ortografía puede diferenciarse de los trastornos de lectura que acompañan a las dificultades ortográficas, se sabe poco sobre sus antecedentes, evolución, trastornos relacionados y consecuencias.

Incluye: Retraso específico de la ortografía (sin trastorno de la lectura).

Excluye: Dificultades de ortografía atribuibles principalmente a una enseñanza inadecuada (Z55.8). Trastorno adquirido de la ortografía (R48.8). Dificultades de la ortografía asociadas a trastornos de la lectura (F81.0).

F81.2 Trastorno específico del cálculo

Trastorno caracterizado por una alteración específica de la capacidad de aprendizaje de la aritmética, no explicable por un retraso mental generalizado o por una escolaridad claramente inadecuada. El trastorno afecta al aprendizaje de los conocimientos aritméticos básicos de adición, sustracción, multiplicación y división (más que a los conocimientos matemáticos más abstractos del álgebra, trigonometría o geometría).

Pautas para el diagnóstico

El dominio del cálculo aritmético está significativamente por debajo del nivel esperado para su edad, para su inteligencia general y para su nivel escolar. Este rendimiento se valora preferentemente mediante la aplicación individual de test de cálculo aritmético estandarizados. La capacidad de lecto-escritura y el CI deben estar dentro de la media normal, evaluados ambos preferentemente mediante la aplicación individual de tests adecuadamente estandarizados. Las dificultades para el cálculo aritmético no tienen que deberse a una enseñanza claramente inadecuada o a déficits funcionales visuales, auditivos o

Trastornos del desarrollo psicológico

neurológicos. Tampoco tienen que ser secuela de trastorno neurológico, psiquiátrico o de otro tipo adquirido.

Los problemas para el cálculo aritmético son de diversos tipos y comprenden: fracaso en la comprensión de los conceptos básicos de las operaciones aritméticas específicas, falta de comprensión de términos o signos matemáticos, no reconocimiento de símbolos numéricos, dificultad en el manejo de las reglas aritméticas, dificultad en comprender qué números son adecuados a un problema aritmético concreto, dificultad para alinear adecuadamente números o para insertar decimales o símbolos durante los cálculos, mala organización espacial de los cálculos aritméticos y falta de capacidad para aprender satisfactoriamente las tablas de multiplicar.

Incluye: Trastorno del aprendizaje de la aritmética. Síndrome del desarrollo de Gerstmann. Acalculia y discalculia del desarrollo.

Excluye: Dificultades aritméticas asociadas a trastornos de la lectura o de la ortografía (F81.1). Dificultades del cálculo principalmente atribuibles a una enseñanza inadecuada (Z55.8). Trastorno adquirido de la capacidad del cálculo (acalculia, R48.8)

F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar

Están alterados de un modo significativo tanto el rendimiento aritmético como el de lectura u ortografía y en la que la inteligencia general está dentro del rango normal y no está presente una mala enseñanza escolar. Esta categoría se utilizará para trastornos que satisfagan las pautas de F81.2 además de las de F81.0 ó F81.1.

Excluye: Trastorno específico de la lectura (F81.0). Trastorno específico de la ortografía (F81.1). Trastorno específico del cálculo (F81.2)

F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar

Incluye: Trastorno del desarrollo de la expresión escrita.

Trastornos del desarrollo psicológico

F81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación

Trastornos sin especificar en los cuales hay una acusada dificultad del aprendizaje que no puede atribuirse a retraso mental, problema de agudeza visual o a una escolaridad inadecuada.

Incluye: Dificultades de aprendizaje sin especificación. Alteración del aprendizaje sin especificación. Trastorno del aprendizaje sin especificación.

F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor

Trastorno cuya característica principal es un retraso del desarrollo de la coordinación de los movimientos, que no puede explicarse por un retraso intelectual general o por un trastorno neurológico específico, congénito o adquirido (distinto del implícito en la anomalía de coordinación). Lo más frecuente es que la torpeza de movimientos se acompañe de un cierto grado de déficit en la resolución de tareas cognoscitivas viso-espaciales. Pautas para el diagnóstico La coordinación de movimientos, para movimientos finos o para los groseros, es significativamente inferior al nivel esperado de acuerdo con la edad del niño y con su inteligencia general. Esta capacidad se valora mejor mediante la aplicación individual de tests estandarizados de coordinación de movimientos finos y groseros. Las dificultades de coordinación deberán haber estado presentes desde los comienzos del desarrollo (por ejemplo, no deben constituir un déficit adquirido) y no se deberán a consecuencias directas de déficits de la visión, de la audición o de cualquier trastorno neurológico diagnosticable.

El grado en que el trastorno afecta principalmente a la coordinación de movimientos finos o groseros es variable y su forma específica varía con la edad. Pueden retrasarse los del desarrollo motor y pueden presentarse además déficits del lenguaje (en especial los de la pronunciación). El niño puede ser torpe en general, lento en aprender a correr, a saltar y a subir escaleras. Le suele ser difícil aprender a hacer la lazada de los zapatos, a abrocharse y desabrocharse los botones y a tirar y coger pelotas. Los niños pueden ser torpes en general, para los movimientos finos, para los groseros o para ambos y tiende a dejar caer las cosas, a tropezar, a chocar con obstáculos y a tener mala letra. La habilidad para dibujar suele ser para hacer rompecabezas, para usar juguetes de construcción, para construir modelos; para los juegos de pelota y para dibujar y comprender mapas geográficos, suele ser baja.

La mayoría de los casos existe una notoria falta de madurez neurológica, en forma de movimientos coreicos, discinesias, movimientos en espejo y otros síntomas motores relacionados, así como signos de escasa coordinación de movimientos finos y groseros (en general llamados signos neurológicos menores

Trastornos del desarrollo psicológico

debido a que su presencia es normal en niños más pequeños y a su falta de valor para la localización de una lesión). Los reflejos tendinosos pueden estar exaltados o disminuidos de un modo bilateral, pero no son asimétricos.

Algunos niños presentan además dificultades escolares, que en ocasiones pueden ser graves y en otros se presentan además problemas sociales, emocionales y comportamentales, pero se sabe poco de su frecuencia y características.

Incluye: Síndrome del niño torpe. Dispraxia del desarrollo. Trastorno del desarrollo de la coordinación.

Excluye: Incoordinación secundaria a retraso mental (F70-F79). Incoordinación secundaria a trastorno neurológico de diagnóstico específico (G00-G99). Alteraciones de la marcha y de la movilidad (R26.-).

F83 Trastorno específico del desarrollo mixto

Categoría residual de trastornos mal definidos y descritos, pero necesaria, en la que hay alguna mezcla de trastornos específicos del desarrollo del lenguaje, de la capacidad escolar o de funciones motrices, en la que no predomina ninguna lo suficiente como para constituir el diagnóstico principal. Lo más frecuente es que en los trastornos descritos más arriba se presente algún grado de alteración global de funciones cognitivas, por eso esta categoría sólo debe usarse cuando haya un grado significativo de solapamiento, cuando se presenten disfunciones que satisfagan las pautas de dos o más de las categorías F80.-, F81- y F82.

F84 Trastornos generalizados del desarrollo

| | |
|-------|--|
| F84.0 | Autismo infantil. |
| F84.1 | Autismo atípico. |
| F84.2 | Síndrome de Rett. |
| F84.3 | Otro trastorno desintegrativo de la infancia. |
| F84.4 | Trastorno hiperactivo con retraso mental y movimientos estereotipados. |
| F84.5 | Síndrome de Asperger. |

Trastornos del desarrollo psicológico

| | |
|-------|--|
| F84.8 | Otros trastornos generalizados del desarrollo. |
|-------|--|

| | |
|-------|---|
| F84.9 | Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación. |
|-------|---|

Grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas características de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades. Estas anomalías cualitativas son una característica generalizada del comportamiento del individuo en todas las situaciones, aunque su grado puede variar. En la mayoría de los casos el desarrollo es anormal desde la primera infancia y sólo en contadas excepciones, las anomalías se manifiestan por primera vez después de los cinco años de edad. Es habitual, aunque no constante, que haya algún grado de alteración cognoscitiva general, aunque estos trastornos están definidos por la desviación del comportamiento en relación a la edad mental del niño (retrasado o no).

F84.0 Autismo infantil

Trastorno generalizado del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictivas. El trastorno predomina en los chicos con una frecuencia tres a cuatro veces superior a la que se presenta en las chicas.

Pautas para el diagnóstico

Por lo general no hay un período previo de desarrollo inequívocamente normal pero, si es así, el período de normalidad no se prolonga más allá de los tres años. Hay siempre alteraciones cualitativas de la interacción social que toman la forma de una valoración inadecuada de los signos socioemocionales, puesta de manifiesto por una falta de respuesta a las emociones de los demás o por un comportamiento que no se amolda al contexto social, por un uso escaso de los signos sociales convencionales y por una integración escasa del comportamiento social, emocional y de la comunicación, de un modo especial por una falta de reciprocidad socio-emocional. Asimismo, son constantes las alteraciones cualitativas de la comunicación. Consisten en no utilizar el lenguaje para una función social, debidos a una alteración de la actividad lúdica basada en el juego social imitativo y simulado, a una pobre sincronización en la expresión del lenguaje, a una relativa falta de creatividad y de fantasía de los procesos del pensamiento, a una falta de respuesta emocional a los estímulos verbales y no verbales de los demás, a defectos de la cadencia o

Trastornos del desarrollo psicológico

entonación necesarias para lograr una modulación de la comunicación y, como es de esperar, a la ausencia de gestos acompañantes para subrayar o precisar la comunicación verbal.

El comportamiento en este trastorno se caracteriza también por la presencia de formas de actividad restrictivas, repetitivas y estereotipadas, de restricción de los intereses y de la actividad en general, en los que destaca la rigidez y rutina para un amplio espectro de formas de comportamiento. Por lo general, estas características afectan tanto a las actividades nuevas, como a los hábitos familiares y a las formas de juego. Puede presentarse, sobre todo en la primera infancia, un apego muy concreto a objetos extraños, de un modo característico a los "no suaves". Los niños persisten en llevar a cabo actividades rutinarias específicas consistentes en rituales sin un sentido funcional, tal y como preocupaciones estereotipadas con fechas, trayectos u horarios, movimientos estereotipados o un interés en los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos (tales como su olor o textura) y suelen presentar una gran resistencia a los cambios de la rutina cotidiana o de los detalles del entorno personal (tales como la decoración o los muebles del domicilio familiar).

También es frecuente que en los niños con autismo aparezcan otros trastornos sin especificar, tales como temores, fobias, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, rabietas y manifestaciones agresivas. Son bastante frecuentes las autoagresiones (por ejemplo, morderse las muñecas), sobre todo cuando el autismo se acompaña de un retraso mental grave. La mayoría de los niños autistas carecen de espontaneidad, iniciativa y creatividad para organizar su tiempo libre y tienen dificultad para aplicar conceptos abstractos a la ejecución de sus trabajos (aun cuando las tareas se encuentran al alcance de su capacidad real). Las manifestaciones específicas de los déficits característicos del autismo cambian al hacerse mayores los niños, pero los déficits persisten en la edad adulta con una forma muy similar en lo que se refiere a los problemas de socialización, comunicación e inquietudes. Para hacer el diagnóstico, las anomalías del desarrollo deben haber estado presentes en los tres primeros años, aunque el síndrome puede ser diagnosticado a cualquier edad.

En el autismo pueden darse todos los niveles de CI, pero hay un retraso mental significativo en, aproximadamente, el 75 % de los casos.

Incluye: Autismo infantil. Síndrome de Kanner. Psicosis infantil. Trastorno autístico.

Excluye: Psicopatía autística (F84.5).

F84.1 Autismo atípico

Trastornos del desarrollo psicológico

Trastorno generalizado del desarrollo que difiere del autismo en que el desarrollo anormal o alterado se presenta únicamente después de los tres años de edad o en que faltan anomalías suficientemente demostradas en una o dos de las tres áreas de psicopatología requeridas para el diagnóstico de autismo (la interacción social, el trastorno de la comunicación y el comportamiento restrictivo, estereotipado y repetitivo), a pesar de la presencia de características de una o dos de las otras áreas. El autismo atípico suele presentarse en individuos con retraso profundo cuyo bajo nivel de rendimiento favorece la manifestación del comportamiento desviado específico requeridos para el diagnóstico de autismo. También sucede esto en individuos con graves trastornos específicos del desarrollo de la comprensión del lenguaje.

Incluye: Retraso mental con rasgos autísticos. Psicosis infantil atípica.

F84.2 Síndrome de Rett

Trastorno descrito hasta ahora sólo en niñas, cuya causa es desconocida pero que se ha diferenciado por sus características de comienzo, curso y sintomatología. El desarrollo temprano es aparentemente normal o casi normal pero se sigue de una pérdida parcial o completa de capacidades manuales adquiridas y del habla, junto con retraso en el crecimiento de la cabeza y que aparece generalmente entre los siete meses y los dos años de edad. Las características principales son: pérdida de los movimientos intencionales de las manos, estereotipias consistentes en retorcerse las manos e hiperventilación. El desarrollo social y lúdico se detiene en el segundo o tercer año, pero el interés social suele mantenerse. Durante la infancia suele desarrollarse ataxia y apraxia de tronco, que se acompañan de escoliosis o cifoescoliosis y algunas veces de movimiento coreoatetósicos. La consecuencia invariable es la de una grave invalidez mental. Es frecuente que durante la infancia aparezcan crisis epilépticas.

Pautas para el diagnóstico

En la mayoría de los casos el comienzo tiene lugar entre el séptimo mes y los dos años de edad. El rasgo más característico es una pérdida de los movimientos intencionales de las manos y de la capacidad manual fina de tipo motor. Se acompaña de pérdida parcial o ausencia de desarrollo del lenguaje, movimientos estereotipados muy característicos de retorcer o "lavarse las manos", con los brazos flexionados frente de la barbilla o el pecho, movimientos estereotipados de humedecerse las manos con saliva, falta de masticación adecuada de los alimentos, episodios de hiperventilación frecuentes, mal control de los esfínteres, a menudo presentan babeo y protrusión de la lengua y pérdida de contacto social. Es muy característico que estas niñas mantengan una especie de "sonrisa social" mirando "a través" de las personas, pero sin establecer un contacto social. Esto tiene lugar en el estadio precoz de la infancia

Trastornos del desarrollo psicológico

(aunque a menudo desarrollan más tarde la capacidad de interacción social). La postura y la marcha tienden a ser con aumento de la base de sustentación, hay hipotonía muscular, los movimientos del tronco suelen ser escasamente coordinados y acaban por presentar escoliosis y cifoescoliosis. Las atrofas espinales con alteraciones motrices graves se desarrollan en la adolescencia o en la edad adulta en aproximadamente la mitad de los casos. Más tarde puede presentarse espasticidad rígida que suele ser más marcada en los miembros inferiores que en los superiores. En la mayoría de los casos aparecen ataques epilépticos, generalmente algún tipo de ataque menor y con comienzo anterior a los ocho años. En contraste con el autismo, son raras las preocupaciones o rutinas estereotipadas complejas o las automutilaciones voluntarias.

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia

Trastorno profundo del desarrollo (distinto del síndrome de Rett) definido por la presencia de una etapa previa de desarrollo normal antes del comienzo del trastorno, por una fase bien definida de pérdida de capacidades previamente adquiridas, que tiene lugar en el curso de pocos meses y que afecta como mínimo a varias áreas del desarrollo, junto con la aparición de anomalías típicas del comportamiento social y de la comunicación. Con frecuencia hay un período prodrómico de la enfermedad poco definido, durante el cual el niño se vuelve inquieto, irritable, ansioso e hiperactivo, a lo que sigue un empobrecimiento y una pérdida del lenguaje y el habla, acompañado por una desintegración del comportamiento. En algunos casos la pérdida de capacidad tiene una progresión continua (en general, cuando el trastorno se acompaña de una alteración neurológica progresiva diagnosticable), pero con mayor frecuencia el deterioro progresa sólo durante unos meses, se estabiliza y más tarde tiene lugar una mejoría limitada. El pronóstico es malo en general y la mayoría de los individuos quedan afectados de retraso mental grave. No hay certeza de hasta qué punto esta alteración es diferente del autismo. En algunos casos, el trastorno puede ser secundario a una encefalopatía, pero el diagnóstico debe hacerse a partir de las características comportamentales.

Pautas para el diagnóstico

Presencia de un desarrollo aparentemente normal hasta al menos los dos años, seguido por una clara pérdida de capacidades previamente adquiridas, la cual se acompaña de un comportamiento social cualitativamente anormal. Es frecuente que en estos casos tenga lugar una regresión profunda o una pérdida completa del lenguaje, una regresión en las actividades lúdicas, de la capacidad social y del comportamiento adaptativo. Con frecuencia se presenta además una pérdida del control de esfínteres y a

Trastornos del desarrollo psicológico

veces con un mal control de los movimientos. Es típico que estos rasgos se acompañen de una pérdida de interés por el entorno, por manierismos motores repetitivos y estereotipados y por un deterioro pseudo-autístico de la comunicación e interacción sociales. En algunos aspectos el síndrome se parece a las demencias de la vida adulta, pero se diferencia por tres aspectos claves: hay por lo general una falta de cualquier enfermedad o daño cerebral identificable (aunque puede presumirse algún tipo de disfunción cerebral), la pérdida de capacidades puede seguirse de cierto grado de recuperación, el deterioro de la socialización y de la comunicación tiene rasgos característicos, más típicos del autismo que del deterioro intelectual.

Incluye: Psicosis desintegrativa. Síndrome de Heller. Dementia infantilis. Psicosis simbiótica.

Excluye: Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner, F80.3). Mutismo selectivo (F94.0). Esquizofrenia (F20.-). Síndrome de Rett (F84.2).

F84.4 Trastorno hipercinético con retraso mental y movimientos estereotipados

Se incluye aquí sin embargo porque los niños con retraso mental (CI inferior a 50), con problemas importantes de hiperactividad y déficit de atención tienen con frecuencia un comportamiento estereotipado. Además, estos niños no suelen beneficiarse de un tratamiento con fármacos estimulantes (al contrario de aquellos de CI en el rango normal) al que pueden responder con reacciones disfóricas intensas (a veces con inhibición psicomotriz) y en la adolescencia la hiperactividad tiende a ser reemplazada por una hipoactividad (una forma que no es frecuente en los niños hipercinéticos con inteligencia normal). Este síndrome suele acompañarse de tipos variados de retrasos del desarrollo, ya sean específicos o generalizados.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico se basa en la combinación de hiperactividad grave, desproporcionada para el nivel de maduración, de estereotipias motrices y de retraso mental grave. Para un diagnóstico correcto deben estar presentes los tres aspectos.

F84.5 Síndrome de Asperger

Trastornos del desarrollo psicológico

Trastorno de validez nosológica dudosa, caracterizado por el mismo tipo de déficit cualitativo de la interacción social propio del autismo, además de por la presencia de un repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de actividades e intereses. Difiere sin embargo del autismo en que no hay déficits o retrasos del lenguaje o del desarrollo cognoscitivo. La mayoría de los afectados son de inteligencia normal, pero suelen ser marcadamente torpes desde el punto de vista motor. El trastorno se presenta con preferencia en varones (en proporción aproximada de 8 a 1). Parece muy probable que al menos algunos casos sean formas leves de autismo, pero no hay certeza de que esto sea así en todos los casos. La tendencia es que las anomalías persistan en la adolescencia y en la vida adulta, de tal manera que parecen rasgos individuales que no son modificados por influencias ambientales. Ocasionalmente aparecen episodios psicóticos en el inicio de la vida adulta.

Pautas para el diagnóstico

Combinación de ausencia de cualquier retraso de lenguaje, o cognoscitivo clínicamente significativo y la presencia de déficits cualitativos en la interacción social (como en el autismo) y manifestaciones repetitivas y estereotipadas, de intereses y de la actividad en general (como en el autismo). Puede haber o no problemas de comunicación similares a los del autismo, pero un retraso significativo del lenguaje descarta el diagnóstico.

Incluye: Psicopatía autística. Trastorno esquizoide de la infancia.

Excluye: Trastorno esquizotípico (F21). Esquizofrenia simple (F20.6). Trastorno de vinculación de la infancia (F94.1 y F94.2). Trastorno anancástico de la personalidad (F60.5). Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación

Trastornos con las características de la descripción general de los trastornos generalizados del desarrollo, pero que por falta de información adecuada o por hallazgos contradictorios, no se satisfacen las pautas de cualquiera de los otros códigos del apartado F84.

Trastornos del desarrollo psicológico

F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación

Incluye: Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.

F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

F90 Trastornos hiperkinéticos

| | |
|-------|---|
| F90.0 | Trastorno de la actividad y de la atención. |
| F90.1 | Trastorno hiperkinético disocial. |
| F90.8 | Otros trastornos hiperkinéticos. |
| F90.9 | Trastorno hiperkinético sin especificación. |

Grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo.

Los trastornos hiperkinéticos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida). Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.

Los niños hiperkinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas, por una falta de premeditación. Su relación social con los adultos suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales. Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.

Trastornos del desarrollo psicológico

Las complicaciones secundarias son un comportamiento disocial, antisocial y una baja estimación de sí mismo. Hay un considerable solapamiento entre la hipercinesia y otras formas de comportamiento anormal como el trastorno disocial en niños no socializados. Sin embargo, la evidencia más general tiende a distinguir un grupo en el cual la hipercinesia es el problema principal.

Los trastornos hipercinéticos se presentan en varones con una frecuencia varias veces superior a la que se presentan en el sexo femenino. Es frecuente que se acompañe de problemas de lectura o del aprendizaje.

Pautas para el diagnóstico

Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación (por ejemplo, en clase, en la consulta).

El trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra (aunque estudios de laboratorio no demuestran con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva). Estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado.

La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones. El criterio para la valoración de si una actividad es excesiva está en función del contexto, es decir, de lo que sería de esperar en esa situación concreta y de lo que sería normal teniendo en cuenta la edad y el CI del niño. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio.

En la edad adulta puede también hacerse el diagnóstico de trastorno hipercinético. Los fundamentos son los mismos, pero el déficit de atención y la hiperactividad deben valorarse en relación con la evolución de cada caso. Cuando la hipercinesia se presentó únicamente en la infancia y en el curso del tiempo ha sido sustituida por otra entidad como un trastorno de la personalidad o un abuso de sustancias, debe codificarse la entidad actual en lugar de la pasada.

Excluye: Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-). Trastornos de ansiedad (F41 ó F93.0). Trastorno del humor (afectivos) (P30-F39). Esquizofrenia (F20.-).

Trastornos del desarrollo psicológico

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención

Se atisface el conjunto de pautas de trastorno hiperkinético (F90.-), pero no se satisface el de F9L- (trastorno disocial).

Incluye: Trastorno de déficit de atención. Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

Excluye: Trastorno hiperkinético asociado a trastorno disocial (F90.1).

F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos

F90.9 Trastorno hiperkinético sin especificación

Se usará cuando no sea posible diferenciar entre F90.0 y F90.1, pero se satisface el conjunto de pautas de F90.-.

Incluye: Reacción hiperkinética de la infancia y adolescencia sin especificar. Síndrome hiperkinético de la infancia y adolescencia sin especificar.

F91 Trastornos disociales

| | |
|-------|---|
| F91.0 | Trastorno disocial limitado al contexto familiar. |
| F91.1 | Trastorno disocial en niños no socializados. |
| F91.2 | Trastorno disocial en niños socializados. |
| F91.3 | Trastorno disocial desafiante y oposicionista. |
| F91.8 | Otros trastornos disociales. |
| F91.9 | Trastorno disocial sin especificación. |

Trastornos del desarrollo psicológico

Los trastornos disociales se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive. Se trata por tanto de desviaciones más graves que la simple "maldad" infantil o rebeldía adolescente. Los actos antisociales o criminales aislados no son, por si mismos base para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento.

Los trastornos disociales suelen estar relacionados con un ambiente psicosocial desfavorable, entre ellos relaciones familiares no satisfactorias y fracaso escolar, y se presenta con más frecuencia en chicos. La distinción entre los trastornos disociales y los trastornos de las emociones es bien definida, mientras que su diferenciación del trastorno hiperactivo es menos clara y es frecuente un solapamiento entre ambos.

Pautas para el diagnóstico

Se debe tener en cuenta el nivel del desarrollo del niño. Las rabietas, por ejemplo, forman parte de un desarrollo normal a la edad de tres años y su mera presencia no debería ser una indicación para el diagnóstico. Del mismo modo, la violación de los derechos cívicos de otras personas (como un crimen violento), no se encuentra al alcance de la mayoría de los niños de siete años de edad, y por lo tanto, no constituye una pauta diagnóstica para este grupo de edad.

Las formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico pueden ser del tipo de las siguientes: grados excesivos de peleas o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, provocaciones, desafíos y desobediencia graves y persistentes. Cualquiera de estas categorías, si es intensa, es suficiente para el diagnóstico, pero los actos disociales aislados no lo son.

Excluye: Trastornos disociales asociados a: Trastornos emocionales (F92.-). Trastornos hiperactivos (F90.-). Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39). Trastornos generalizados del desarrollo (F84.). Esquizofrenia (F20.-).

F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar

Incluye trastornos disociales en los que el comportamiento disocial, antisocial o agresivo (que va más allá de manifestaciones oposicionistas, desafiantes o subversivas) está completamente, o casi completamente, restringido al hogar o a las relaciones con miembros de la familia nuclear o allegados. El trastorno requiere

Trastornos del desarrollo psicológico

que se satisfaga el conjunto de pautas de F91, de tal manera que incluso relaciones entre los progenitores y el hijo gravemente alteradas no son en sí mismas suficientes para el diagnóstico. Las manifestaciones más frecuentes son robos en el hogar referidos con frecuencia específicamente al dinero o a pertenencias de una o dos personas concretas, lo cual puede acompañarse de un comportamiento destructivo deliberado, de nuevo con preferencia referido a miembros concretos de la familia, tal como romper juguetes u objetos de adorno, ropas, hacer rayados en muebles o destrucción de pertenencias apreciadas. El diagnóstico puede basarse también en la presencia de actos de violencia contra miembros de la familia. Puede presentarse también la provocación de incendios deliberados del hogar.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico requiere que no esté presente ninguna alteración significativa del comportamiento antisocial fuera del ambiente familiar y que la relación social del niño fuera de la familia esté dentro de un rango normal.

En la mayoría de los casos, estos trastornos disociales limitados al contexto familiar han comenzado en relación con algún tipo de alteración intensa de las relaciones del chico con uno o más miembros de la familia nuclear. En algunos casos, por ejemplo, el trastorno puede haberse iniciado por conflictos con un padrastro o madrastra.

F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados

Caracterizado por la combinación de un comportamiento disocial persistente o agresivo (que satisfacen el conjunto de pautas de F91, y que no son simplemente manifestaciones opositoras, desafiantes o subversivas) con una significativa y profunda dificultad para las relaciones personales con otros chicos.

Pautas para el diagnóstico

Falta de integración efectiva entre los compañeros que tiene prioridad diagnóstica sobre las otras diferenciaciones. Los problemas de las relaciones con los compañeros se manifiestan principalmente por un aislamiento o un rechazo, por la impopularidad entre otros chicos y por una falta de amigos íntimos o de relaciones afectivas recíprocas y duraderas con los compañeros de la misma edad. Las relaciones con adultos tienden a estar marcadas por la discordia, la hostilidad y el resentimiento, pero pueden existir buenas relaciones con algunos adultos (aunque falta por lo general una confianza íntima), lo cual no descarta el diagnóstico. Con frecuencia, pero no siempre, se presentan alteraciones emocionales

Trastornos del desarrollo psicológico

sobreañadidas, las que, si son de un grado suficiente para satisfacer las pautas del trastorno mixto, se codificarán de acuerdo con F92.-.

Si se presenta un comportamiento delictivo, lo típico, pero no indispensable, es que sea en solitario. Las formas características de comportamiento son: intimidaciones, peleas excesivas, y (en chicos mayores) extorsiones o atracos violentos y niveles excesivos de desobediencia, agresividad, falta de cooperación y resistencia a la autoridad, rabietas graves y accesos incontrolados de cólera, destrucción de propiedades ajenas, incendios y crueldad con otros niños y animales. No obstante, algunos chicos aislados se ven envueltos en delitos en grupo, de tal modo que la naturaleza del delito es menos importante para hacer el diagnóstico que la cualidad de las relaciones personales.

El trastorno es por lo general persistente en distintas situaciones, pero puede ser más manifiesto en el colegio o en la escuela. La especificidad de una situación concreta distinta del hogar es compatible con el diagnóstico.

Incluye: Trastorno agresivo no socializado. Trastorno disocial solitario de tipo agresivo.

F91.2 Trastorno disocial en niños socializados

Incluye formas de comportamiento disocial y agresivo (que satisfacen el conjunto de las pautas de F91 y que no son simplemente manifestaciones oposicionistas, desafiantes o subversivas). Se presenta en individuos por lo general bien integrados en grupos de compañeros.

Pautas para el diagnóstico

El rasgo diferencial clave es la existencia de amistades adecuadas y duraderas con compañeros de aproximadamente la misma edad. Con frecuencia, pero no siempre, el grupo de compañeros lo constituyen otros jóvenes implicados en actividades delictivas o disociales (en tal caso, el comportamiento inaceptable del chico puede estar aprobado por los compañeros y regulado por normas de la subcultura a la que pertenece). No obstante, éste no es un requisito necesario para el diagnóstico y el chico puede formar parte de un grupo de compañeros no delincuentes y el comportamiento antisocial tener lugar fuera de este contexto. Puede haber relaciones alteradas con las víctimas o con algunos otros chicos si el comportamiento disocial implica intimidación. De nuevo, esto no invalida el diagnóstico, con tal que el chico tenga alguna pandilla e la cual es leal y con cuyos miembros le une una amistad duradera.

Trastornos del desarrollo psicológico

Las relaciones con figuras de autoridad adultas tienden a ser malas, pero pueden existir buenas relaciones con algunas personas concretas. Las alteraciones emocionales suelen ser mínimas. El comportamiento disocial puede extenderse también al ambiente familiar, pero si se limita al hogar, debe descartarse este diagnóstico. Con frecuencia el trastorno es más evidente fuera del contexto familiar y el hecho que tenga una relación específica con el colegio u otros ambientes fuera del seno familiar, es compatible con el diagnóstico.

Incluye: Trastorno disocial "en pandilla". Delincuencia en grupo. Delitos formando parte de una banda. Robos en compañía. Ausencias escolares.

Excluye: Actividades de bandas sin trastornos psiquiátricos manifiestos (Z03.2).

F91.3 Trastorno disocial desafiante y oposicionista

Trastorno disocial es característico de niños con edades por debajo de los 9 ó 10 años. Viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobedientes y provocador y la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley y los derechos de los demás. El trastorno requiere que se satisfagan las pautas generales de F91. Un comportamiento malicioso o travieso grave no es en sí mismo suficiente para el diagnóstico. Muchos autores consideran que las formas de comportamiento de tipo oposicionista desafiante representan una forma menos grave de trastorno disocial, más bien que un tipo cualitativamente distinto. No hay datos experimentales sobre si la diferencia es cuantitativa o cualitativa. Sin embargo, los hallazgos actuales sugieren que si se tratara de un trastorno distinto, lo sería principal o únicamente en los niños más pequeños. Se debe utilizar esta categoría con cautela, sobre todo con los niños de mayor edad. Los trastornos disociales clínicamente significativos en los niños mayores suelen acompañarse de un comportamiento disocial o agresivo que van más allá del desafío, la desobediencia o la subversión, aunque con frecuencia suele precederse de un trastorno disocial oposicionista en edades más tempranas. Esta categoría se incluye para hacerse eco de la práctica diagnóstica habitual y facilitar la clasificación de los trastornos que aparecen en los niños pequeños.

Pautas para el diagnóstico

El rasgo esencial de este trastorno es una forma de comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocadora y subversiva, que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de los niños de la misma edad y contexto sociocultural y que no incluye las violaciones más importantes de los derechos ajenos que se reflejan en el comportamiento agresivo y disocial

Trastornos del desarrollo psicológico

especificado para las categorías de trastornos disociales F91.0 a F91.2. Los niños con este trastorno tienden frecuentemente a oponerse activamente a las peticiones o reglas de los adultos y a molestar deliberadamente a otras personas. Suelen tender a sentirse enojados, resentidos y fácilmente irritados por aquellas personas que les culpan por sus propios errores o dificultades. Generalmente tienen una baja tolerancia a la frustración y pierden el control fácilmente. Lo más característico es que sus desafíos sean en forma de provocaciones que dan lugar a enfrentamientos. Por lo general se comportan con niveles excesivos de grosería, falta de colaboración resistencia a la autoridad.

Este tipo de comportamiento suele ser más evidente en el contacto con los adultos o compañeros que el niño conoce bien y los síntomas del trastorno pueden no ponerse de manifiesto durante una entrevista clínica.

La diferencia clave con otros tipos de trastornos disociales es la ausencia de violación de las leyes o de los derechos fundamentales de los demás, tales como el robo, la crueldad, la intimidación, el ataque o la destrucción. La presencia definitiva de cualquiera de estas formas de comportamiento excluye el diagnóstico. Sin embargo, el comportamiento disocial opositor-desafiante, tal como se ha perfilado en el anterior párrafo, se encuentra con frecuencia en otros trastornos disociales.

Excluye: Trastornos disociales con comportamiento abiertamente disocial o agresivo (F91.0-F91.2).

F91.8 Otros trastornos disociales

F91.9 Trastorno disocial sin especificación DSM-IV

Incluye: Trastorno disocial de la infancia sin especificar. Trastorno del comportamiento de la infancia sin especificar.

F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos

| | |
|-------|--|
| F92.0 | Trastorno disocial depresivo. |
| F92.8 | Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos. |

Trastornos del desarrollo psicológico

F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.

Grupo de trastornos que se caracteriza por la combinación persistente de un comportamiento agresivo, disocial o retador, con manifestaciones claras y marcadas de depresión, ansiedad u otras alteraciones emocionales.

Pautas para el diagnóstico

La gravedad del trastorno debe ser suficiente como para que se satisfagan las pautas de trastorno disocial de la infancia (F91.-) y del trastorno de las emociones de comienzo específico en la infancia (F93.-), de un trastorno neurótico del adulto (F40-F49) o de trastorno del humor (afectivo) (F30-F39).

F92.0 Trastorno disocial depresivo

Combinación de rasgos de trastorno disocial de la infancia (P91.-) y de depresión persistente y marcada del estado de ánimo, puesta de manifiesto por síntomas tales como sentimientos excesivos de infelicidad, pérdida de interés y placer por las actividades habituales, reproches hacia sí mismo, desesperanza. También pueden estar presentes trastornos del sueño o del apetito.

Incluye: Trastorno disocial (F91.-) asociado a un trastorno depresivo (F30-F39).

F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos

Combinación de trastorno disocial (F91.-) de la infancia con síntomas emocionales persistentes y marcados, tales como ansiedad, temores, obsesiones o compulsiones, despersonalización o desrealización, fobias o hipocondría. La cólera y el resentimiento son más bien rasgos de un trastorno disocial que de un trastorno de las emociones, pero en sí ni contradicen ni apoyan el diagnóstico.

Incluye: Trastorno disocial (F91.-) asociado a un trastorno de las emociones (F93.-). Trastorno disocial (F91.-) asociado a un trastorno neurótico (F40- F48).

F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación

Trastornos del desarrollo psicológico

F93 Trastornos de las emociones de comienzo específico de la infancia

| | |
|-------|---|
| F93.0 | Trastorno de ansiedad de separación de la infancia. |
| F93.1 | Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia. |
| F93.2 | Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia. |
| F93.3 | Trastorno de rivalidad entre hermanos. |
| F93.8 | Otros trastornos de las emociones en la infancia. |
| F93.9 | Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación. |

F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia

El trastorno de ansiedad de separación se diagnosticará sólo cuando el temor a la separación constituya el foco de la ansiedad, y cuando la ansiedad aparezca por primera vez en edades tempranas. Este trastorno se diferencia de la ansiedad normal de separación por su gravedad que es de un grado estadísticamente anormal (incluyendo su persistencia anormal más allá de la edad habitual) y cuando se acompañe de un comportamiento social significativamente restringido. Además, el diagnóstico requiere que no haya alteraciones generalizadas del desarrollo de la personalidad (si están presentes, debe tenerse en cuenta la posibilidad de las categorías F40-F49). La ansiedad de separación que comienza en una edad no adecuada al momento evolutivo (por ejemplo, durante la adolescencia) no debe ser codificado de acuerdo con esta categoría a menos que constituya la persistencia de lo que fue una ansiedad de separación infantil propiamente dicha.

Pautas para el diagnóstico

El rasgo diagnóstico clave es una ansiedad excesiva y centrada en la separación de individuos con los que el niño está vinculado (por lo general, los padres u otros miembros de la familia) y no es simplemente parte de una ansiedad generalizada ante múltiples situaciones posibles. La ansiedad de separación puede presentarse como:

a) Preocupación injustificada a posibles daños que pudieran acaecer a personas significativas o temor a que alguna de éstas le abordara.

Trastornos del desarrollo psicológico

- b) Preocupación injustificada a que un acontecimiento adverso le separe de una persona significativa (como, por ejemplo, poder perderse, ser secuestrado, ingresado en un hospital o asesinado).
- c) Desagrado o rechazo persistente a ir al colegio por el temor a la separación (más que por otras razones, como miedo a algo que pudiere suceder en el colegio).
- d) Desagrado o rechazo persistente a irse a la cama sin compañía o cercanía de alguna persona significativa.
- e) Temor inadecuado y persistente a estar solo, o sin la persona significativa, en casa durante el día.
- f) Pesadillas reiteradas sobre la separación.
- g) Síntomas somáticos reiterados (tales como náuseas, gastralgias, cefaleas o vómitos) en situaciones que implican la separación de una persona significativa, tal y como salir de casa para ir al colegio.
- h) Malestar excesivo y recurrente (en forma de ansiedad, llantos, rabietas, tristeza, apatía o retraimiento social) en anticipación, durante o inmediatamente después de la separación de una figura de vínculo importante.

Excluye: Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia (F93.1). Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia (F93.2). Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39). Trastornos neuróticos (F40-F48).

F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia

Los niños, al igual que los adultos, pueden padecer temores concretos a un amplio rango de objetos y situaciones. Algunos de estos temores (o fobias) no forman parte del desarrollo psicosocial normal, como en el caso de la agorafobia. Cuando estos temores se presentan en la infancia deben ser catalogados de acuerdo con la categoría de la sección F40-F48. No obstante algunos temores tienen una marcada especificidad para una fase evolutiva y se presentan en grados variables en la mayoría de los niños, por ejemplo, temores a animales en el período preescolar.

Pautas para el diagnóstico

Esta categoría debe ser sólo usada para temores que se presentan en períodos evolutivos específicos y cuando se satisfacen las pautas adicionales para todos los trastornos de F93 y:

- a) El comienzo ha tenido lugar en el período evolutivo adecuado.
- b) El grado de ansiedad es clínicamente anormal.
- c) La ansiedad no forma parte de un trastorno más amplio.

Trastornos del desarrollo psicológico

Excluye: Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1).

F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia

La desconfianza ante extraños es un fenómeno normal en la segunda mitad del primer año de la vida y es normal durante la primera infancia, un cierto grado de aprehensión social o ansiedad, cuando los niños se encuentran en situaciones nuevas, extrañas o amenazantes. Esta categoría deberá ser usada sólo para trastornos que se presentan antes de los seis años, que son de una intensidad poco frecuente, que se acompañan de dificultades sociales y que no forman parte de un trastorno de las emociones más amplio.

Pautas para el diagnóstico

Los afectados por este trastorno presentan ante los extraños un temor persistente o recurrente o un comportamiento de evitación. El temor puede aparecer principalmente ante adultos o ante compañeros. El temor se acompaña de un grado normal de dependencia selectiva de los padres o de otros familiares. La evitación o el temor a encuentros sociales es de tal grado que desborda los límites normales para la edad del chico y se acompaña de una incapacidad social claramente significativa.

Incluye: Trastorno por evitación de la infancia o la adolescencia.

F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos

La mayoría de niños menores presentan alteraciones emocionales tras el nacimiento del hermano que les sigue. En la mayoría de los casos el trastorno es leve, pero la rivalidad o los celos surgidos tras el nacimiento del hermano menor pueden persistir marcadamente en algunos casos.

Pautas para el diagnóstico

- a) Presencia de rivalidad o celos fraternos.
- b) Comienzo durante los meses siguientes al nacimiento del hermano menor generalmente inmediato.
- c) Trastorno de las emociones en grado y persistencia anormales y acompañado de problemas psicosociales.

Trastornos del desarrollo psicológico

La rivalidad o celos entre hermanos puede manifestarse por una competitividad marcada con los hermanos para lograr la atención y el afecto de los padres. Por esto, para ser considerados como anormales deben acompañarse de un grado poco frecuente de sentimientos negativos. En casos graves, puede acompañarse de hostilidad y agresiones físicas o maldad e infamias hacia el hermano. En los casos menos graves, puede manifestarse por un rechazo a compartir objetos, una falta de consideración y relaciones amistosas empobrecidas.

El trastorno de las emociones puede adoptar formas muy variadas con frecuencia se acompaña además de alguna regresión con pérdida de capacidades previamente adquiridas (tal como control anal o vesical) y una predisposición a un comportamiento pueril. A menudo, el enfermo quiere imitar al bebé en actividades que le proporcionan atención de los progenitores, como la alimentación. Suele haber un aumento de las confrontaciones o un comportamiento oposicionista con los padres, rabietas acompañadas de agitación y trastornos de las emociones como ansiedad, tristeza o aislamiento social. El sueño puede estar alterado y con frecuencia hay un aumento de la actividad dirigida hacia la búsqueda de atención de los padres, como en los momentos de ir a la cama.

Incluye: Celos entre hermanos.

Excluye: Rivalidades con compañeros (no hermanos) (F93.8).

F93.8 Otros trastornos de las emociones de la infancia

Incluye: Trastorno de identidad. Trastornos mentales y del comportamiento. Trastorno de ansiedad. Rivalidades entre compañeros (no hermanos).

Excluye: Trastorno de la identidad sexual en la infancia (F64.2).

F93.9 Trastorno de las emociones de la infancia sin especificación

Incluye: Trastorno emocional de la infancia sin especificación.

F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

Trastornos del desarrollo psicológico

| | |
|-------|---|
| F94.0 | Mutismo selectivo. |
| F94.1 | Trastorno de vinculación de la infancia reactivo. |
| F94.2 | Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido. |
| F94.8 | Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia. |
| F94.9 | Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación. |

Grupo heterogéneo de alteraciones que tienen en común la presencia de anomalías del comportamiento social que comienzan durante el período de desarrollo, pero que a diferencia de los trastornos generalizados del desarrollo no se caracterizan primariamente por una incapacidad o déficit del comportamiento social aparentemente constitucionales, ni están generalizados a todas las áreas del comportamiento. En muchos casos suelen añadirse distorsiones o privaciones ambientales graves que juegan a menudo un papel crucial en la etiología. No existen marcadas diferencias según el sexo.

F94.0 Mutismo selectivo

Trastorno caracterizado por una notable selectividad de origen emocional en el modo de hablar, de tal forma, que el niño demuestra su capacidad lingüística en algunas circunstancias, pero deja de hablar en otras circunstancias definidas y previsibles. Lo más frecuente es que el trastorno se manifieste en la primera infancia. Su incidencia es aproximadamente la misma en ambos sexos y suele acompañarse de rasgos marcados de ansiedad social, retraimiento, hipersensibilidad o negativismo. Es típico que el niño hable en casa o con sus amigos íntimos pero permanezca mudo en la escuela o ante extraños. Pueden presentarse también otras formas (incluso lo contrario a lo descrito).

Pautas para el diagnóstico

- a) Nivel de comprensión del lenguaje normal o casi normal.
- b) Capacidad de expresión del lenguaje que es suficiente para la comunicación social.
- c) Presencia demostrable de que el enfermo puede hablar, y habla normalmente o casi normalmente, en algunas situaciones concretas.

Sin embargo, una minoría significativa de niños con mutismo selectivo tiene antecedentes de otro retraso del lenguaje o presenta problemas de articulación del mismo lo cual no excluye el diagnóstico, con tal que

Trastornos del desarrollo psicológico

haya un nivel adecuado de desarrollo del lenguaje para una comunicación efectiva y una gran disparidad en cómo se utiliza el lenguaje según el contexto social, como por ejemplo que el niño hable de manera fluida en algunas ocasiones y permanezca mudo o casi mudo en otras. Además debe estar presente un fracaso para hablar en algunas situaciones sociales concretas pero no en otras. El diagnóstico requiere que el trastorno del lenguaje sea persistente y que haya constancia y posibilidad de predecir las situaciones en las que la expresión oral tiene lugar o no.

Incluye: Mutismo selectivo.

Excluye: Mutismo transitorio que forma parte de una ansiedad de separación en la primera infancia (F93.0). Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje (F80.-). Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-). Esquizofrenia (F20.-).

F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo

Trastorno que se presenta en la edad de la lactancia y en la primera infancia, que se caracteriza por anomalías persistentes en las formas de relación social del niño, acompañadas de alteraciones emocionales que son reactivas a cambios en las circunstancias ambientales. Es típica la presencia de temor y preocupación inconsolables. También lo son una relación social con los compañeros empobrecida. Son frecuentes las auto y heteroagresiones, la tristeza y en algunos casos un retraso del crecimiento. El síndrome se presenta probablemente como consecuencia directa de una carencia parental, abusos o malos tratos graves.

Pautas para el diagnóstico

Una forma anormal de relación con las personas encargadas del cuidado del niño, que se presenta antes de los cinco años de edad, que implica rasgos de mala adaptación de ordinario no presentes en el niño normal, que son persistentes pero que aún responden a cambios suficientemente marcados en la forma de crianza.

Los niños pequeños afectados de este síndrome presentan reacciones muy contradictorias o ambivalentes que se manifiestan en los momentos de separación y en los reencuentros. Así, los niños pueden reaccionar al ser cogidos en brazos con una actitud de lejanía o con una agitación rabiosa o pueden responder a las personas que les cuidan con una mezcla de contacto y rechazo emocionales y resistencia a dejarse consolar. Pueden presentarse alteraciones emocionales, tales como una aparente tristeza,

Trastornos del desarrollo psicológico

pérdida de las respuestas emocionales, retraimiento, tal y como acurrucarse en el suelo, reacciones o respuestas agresivas al sentir malestar o percibirlo en otros y en algunos casos un temor y una hipervigilancia (descrito a veces como "atención congelada") que son insensibles al consuelo. En la mayoría de los casos los niños muestran interés en las relaciones con los compañeros, pero la actividad lúdica está inhibida por respuestas emocionales negativas.

Los trastornos de vinculación reactivos hacen su aparición siempre en relación con cuidados notoriamente inadecuados para el niño. Pueden tomar la forma de un abuso psicológico o negligencia (como se pone de manifiesto por la presencia de castigos graves, persistente falta de adecuación de las respuestas a las demandas del niño o una incapacidad por parte de los padres para llevar a cabo su función), o abuso o abandono físico (como se pone de manifiesto por un persistente descuido de las necesidades básicas del niño, agresiones reiteradas y deliberadas, o una nutrición insuficiente). Dado que es aún escaso el conocimiento sobre la relación entre los cuidados inadecuados al niño y este trastorno, la presencia de carencias y distorsiones ambientales no son un requisito para el diagnóstico. Sin embargo se tendrá precaución al utilizar este diagnóstico en la ausencia de abuso o negligencia. A la inversa, el diagnóstico no deberá hacerse de un modo automático basándose en la presencia de abuso o negligencia, ya que no en todo niño maltratado o abandonado se presenta este trastorno.

Excluye: Variación normal de los modos de vinculación selectiva. Trastorno de la vinculación de la infancia desinhibido (F94.2). Síndrome de Asperger (F84.5). Abuso sexual o físico en la infancia con problemas psicosociales (Z61.4-Z61.6). Síndrome de malos tratos en la infancia con problemas físicos (T74).

F94.2 Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido

Forma de comportamiento social anormal que hace su aparición durante los primeros cinco años de vida. Una vez consolidada, presenta una tendencia a persistir a pesar de cambios significativos en las circunstancias ambientales. Alrededor de los dos años se manifiesta por una conducta pegajosa y un comportamiento persistente y disperso de vinculación no selectiva. A los cuatro años las vinculaciones difusas permanecen, pero las conductas pegajosas tienden a ser sustituidas por una búsqueda de atención y un comportamiento cariñoso indiscriminado. En el período medio y tardío de la infancia los niños afectados pueden haber desarrollado vínculos selectivos, pero el comportamiento de búsqueda de afecto suele persistir y es habitual con los compañeros una relación pobremente modulada. Dependiendo de las circunstancias, pueden presentarse además alteraciones emocionales y del comportamiento. El síndrome ha sido reconocido con mayor claridad en niños criados en instituciones para la infancia, pero se presenta

Trastornos del desarrollo psicológico

también en otras circunstancias. Suele aceptarse que se debe en parte a una falta de ocasiones para desarrollar vínculos selectivos, que es consecuencia de cambios extremadamente frecuentes de personal cuidador. La unidad conceptual del síndrome depende de la aparición precoz de una vinculación difusa, de relaciones sociales empobrecidas persistentes y de la ausencia de circunstancias desencadenantes específicas.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico se basa en la evidencia de que el niño presenta un grado poco frecuente de dispersión en la selección de vínculos durante los primeros cinco años de su vida, a lo que se asocia un comportamiento característico en forma de una conducta pegajosa durante la infancia o una afectividad indiscriminada, y manifestaciones de llamada de atención en la infancia precoz y media. Suele presentarse una dificultad para establecer relaciones afectivas íntimas con los compañeros y pueden presentarse además alteraciones emocionales o del comportamiento (dependiendo en parte de otras circunstancias concomitantes). En la mayoría de los casos hay antecedentes claros de una crianza en los primeros años caracterizada por una marcada discontinuidad de las personas que cuidan al niño o por múltiples cambios en domicilios familiares (así como múltiples domicilios en familias alternativas).

Incluye: Síndrome institucional. Psicopatía por carencia afectiva.

Excluye: Trastorno hiperactivo o por déficit de atención (F90.-). Trastorno de vinculación de la infancia reactivo (F94.1). Síndrome de Asperger (F84.5). Hospitalismo en niños (F43.2).

F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia

Incluye: Trastornos del comportamiento social con retraimiento y timidez debidos a deficiencias en la sociabilidad.

F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación

F95 Trastornos de tics

Trastornos del desarrollo psicológico

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

Se trata de un conjunto de síndromes en los que la manifestación predominante es una de las formas de los tics. Un tic es un movimiento involuntario, rápido, reiterado, arrítmico que por lo general afecta a un grupo circunscrito de músculos o una vocalización de aparición brusca y que carece de un propósito aparente. Los tics tienden a ser vivenciados como irreprímibles, pero a menudo pueden ser controlados durante un cierto tiempo. Tanto los tics motores como los fonatorios pueden dividirse en simples y complejos, aunque estos límites no están bien definidos. Los tics motores simples más frecuentes son guiños de ojos, sacudidas de cuello, encogerse de hombros y muecas. Los tics fonatorios más habituales son carraspeos, ruidos guturales, inspiraciones nasales ruidosas y siseos. Los tics complejos más frecuentes son autoagresiones, saltos y brincos. Los tics fonatorios complejos que más a menudo se presentan son la repetición de palabras determinadas, el uso de palabras (a menudo obscenas) socialmente inaceptables (coprolalia) y la repetición de los propios sonidos o palabras (palilalia).

La gravedad de los tics varía mucho. Por una parte, el fenómeno es casi normal en quizás la quinta a la décima parte de los niños, los cuales presentan tics transitorios en alguna ocasión. En el otro extremo, el síndrome de Gilles de la Tourette es un trastorno crónico poco frecuente e incapacitante. Se desconoce si esos extremos son categorías diferentes o más bien los extremos de un espectro único. Los trastornos de tics son claramente más frecuentes en los chicos que en las chicas y son frecuentes los antecedentes familiares de tics.

Pautas para el diagnóstico

Los rasgos más importantes que diferencian los tics de otros trastornos motores son la repentina rapidez, la transitoriedad y la naturaleza circunscrita de los movimientos, la falta de trastornos neurológicos subyacentes, la reiteración, el hecho que suelen desaparecer durante el sueño y la facilidad con la que pueden ser reproducidos o suprimidos voluntariamente. La falta de ritmicidad les diferencia de los movimientos estereotipados que se presentan en algunos casos de autismo o de retraso mental. Los manierismos que se observan en estos mismos trastornos tienden a abarcar movimientos más complejos y variados de los que suelen presentarse en los tics.

Trastornos del desarrollo psicológico

Los tics suelen presentarse en forma de fenómenos aislados, pero no es raro que se acompañen de una amplia variedad de trastornos de las emociones, y en especial con fenómenos obsesivos e hipocondríacos. Sin embargo, los tics pueden acompañar a retrasos específicos del desarrollo.

F95.0 Trastorno de tics transitorios

Trastornos que satisfacen las pautas generales de los tics, pero en los que éstos no persisten más de doce meses. Esta es la forma más frecuente entre los cuatro o cinco años de edad y por lo general los tics toman la forma de guiños de ojos, muecas o sacudidas de cuello. En algunos casos se presentan como un episodio único, pero en otros hay durante varios meses remisiones y recaídas.

F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios

Trastornos en los que se satisfacen las pautas generales de los tics, una veces motores y otras fonatorios (pero no ambos a la vez), que pueden ser tanto simples como, lo que es más frecuente, complejos y que duran más de un año.

F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette)

Forma de trastornos de tics en el que se presentan o se han presentado tics motores múltiples y uno o más tics fonatorios, no siendo necesario sin embargo que se hayan presentado conjuntamente. El comienzo casi siempre es en la infancia o en la adolescencia. Son frecuentes antecedentes de tics motores antes de que se presenten los tics fonatorios. Los síntomas suelen empeorar durante la adolescencia y es habitual que la alteración persista en la edad adulta.

Los tics fonatorios suelen ser complejos, en forma de vocalizaciones explosivas reiteradas, carraspeos, gruñidos y la utilización de palabras o frases obscenas. En ocasiones se añade una ecopraxia de los gestos que puede ser también de naturaleza obscena (copropraxia). Los tics motores y los tics fonatorios pueden ser suprimidos voluntariamente durante cortos períodos de tiempo, exacerbarse durante situaciones estresantes y desaparecer durante el sueño.

Trastornos del desarrollo psicológico

F95.8 Otros trastornos de tics

F95.9 Trastorno de tics sin especificación

F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

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

Excluye: Ataques de contener la respiración (R06.8). Trastorno de la identidad sexual en la infancia (F64.2). Hipersomnio y megafagia (síndrome de Kleine-Levin, G47.8). Trastornos del sueño (F51.). Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.).

F98.0 Enuresis no orgánica

Trastorno caracterizado por la emisión involuntaria de orina, durante las horas diurnas, o durante la noche, que es anormal para la edad mental del enfermo y no es consecuencia de una falta de control vesical secundaria a un trastorno neurológico, a ataques epilépticos o a alguna anomalía estructural del tracto urinario. La enuresis puede haber estado presente desde el nacimiento (por ejemplo, como una prolongación anormal de la incontinencia normal infantil) o bien aparecer después de un período de control

Trastornos del desarrollo psicológico

vesical adecuado. La variedad de comienzo tardío (o secundaria) suele iniciarse entre los cinco y los siete años. La enuresis puede ser un trastorno aislado o bien puede acompañar a un trastorno de las emociones o del comportamiento más amplio. Los problemas emocionales pueden presentarse como una consecuencia secundaria a las molestias producidas por la enuresis, al sentirse estigmatizado por la misma o formar parte de algún otro trastorno psiquiátrico, o bien ambos, la enuresis y el trastorno de las emociones de comportamiento pueden presentarse paralelamente, como expresión de factores etiológicos corrientes.

Pautas para el diagnóstico

No existe una línea de separación clara entre las variaciones normales de la edad de adquisición del control vesical y el trastorno enurético. Sin embargo, la enuresis, por lo general, no debe diagnosticarse en niños menores de cinco años o con una edad mental inferior a cuatro años. Si la enuresis se acompaña de alguna otra alteración, emocional o del comportamiento, la enuresis será el primer diagnóstico sólo si la emisión involuntaria de la orina tuviese lugar al menos varias veces por semana y el resto de los síntomas presentasen variaciones a lo largo del tiempo relacionados con la intensidad de la enuresis. La enuresis se acompaña en ocasiones de encopresis. En este caso se hará el diagnóstico de encopresis.

Incluye: Enuresis funcional. Enuresis psicógena. Incontinencia urinaria no orgánica. Enuresis de origen no orgánico, primaria o secundaria.

Excluye: Enuresis sin especificación (R32).

F98.1 Encopresis no orgánica

Trastorno caracterizado por la presencia reiterada de deposiciones voluntarias o involuntarias de heces de consistencia normal o anormal, en lugares no adecuados para este propósito, de acuerdo con las pautas socioculturales propias del lugar. El trastorno puede ser la expresión de la continuidad de una incontinencia fisiológica infantil, aparecer después de haber adquirido el control de los esfínteres o consistir en la deposición deliberada de heces en lugares no adecuados, aun cuando exista un control normal de los esfínteres.

Pautas para el diagnóstico

Trastornos del desarrollo psicológico

Emisión inadecuada de heces, la cual puede manifestarse de diferentes formas. En primer lugar, puede ser la expresión de una enseñanza inadecuada del control de esfínteres o de un fallo en el aprendizaje de dicha enseñanza, con antecedentes de un continuo fracaso del control de los esfínteres. En segundo lugar, puede ser expresión de un determinado trastorno psicológico en el cual hay un control fisiológico normal de la función, pero que por alguna razón hay un rechazo, resistencia o fracaso a la aceptación de las normas sociales sobre el defecar en los lugares adecuados. En tercer lugar, puede ser consecuencia de una retención fisiológica por la impactación de las heces, con un desbordamiento secundario y deposición de heces en lugares no adecuados. Esta retención puede haber tenido origen en las consecuencias de tensiones entre padres e hijos sobre el aprendizaje del control de esfínteres, de la retención de heces a causa de una defecación dolosa (por ejemplo, como a consecuencia de una fisura anal) o por otras razones.

En algunas ocasiones la encopresis puede ir acompañada de untar con heces el propio cuerpo o el medio circundante y menos frecuentemente por manipulaciones o masturbaciones anales. Con frecuencia se acompaña de algún grado de trastorno de las emociones o del comportamiento. No es rara la asociación de encopresis y enuresis, en este caso la codificación de la encopresis tiene preferencia sobre la enuresis. A veces la encopresis puede tener una etiología somática, como, por ejemplo, una fisura anal o una infección gastrointestinal. La causa orgánica es el diagnóstico a tener en cuenta si es una explicación suficiente para la deposición fecal.

F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia

Trastorno de la conducta alimentaria con diversas manifestaciones que se presenta por lo general en la infancia y en la niñez. Suelen implicar un rechazo a la alimentación y representar variaciones extremadamente caprichosas de lo que es conducta alimentaria normal, que se llevan a cabo en presencia de la persona (de suficiente competencia) que cuida al niño. Además hay ausencia de enfermedad orgánica. Puede acompañarse o no de rumiación (es decir, de regurgitación repetida sin náuseas o malestar gastrointestinal).

Pautas para el diagnóstico

Las dificultades menores en la alimentación son muy frecuentes en la infancia y la niñez (en forma de caprichos, supuesta falta o exceso de alimentación) y por sí mismos no deben ser considerados como indicativos de este trastorno. El trastorno se diagnosticará únicamente si su grado supera de un modo claro

Trastornos del desarrollo psicológico

a la media normal, si las características del problema alimentario son cualitativamente anormales, o si el niño tiene una clara tendencia a ganar o perder peso en un período de al menos un mes.

Incluye: Trastorno de rumiación en la infancia.

F98.3 Pica en la infancia

Ingestión persistente de sustancias no nutritivas (tierra, desconchones de la pintura, etc.). La pica puede aparecer como uno entre muchos síntomas de un trastorno psiquiátrico más amplio (como el autismo) o puede presentarse como un comportamiento psicopatológico relativamente aislado. El trastorno es más frecuente en los niños con retraso mental, el cual, si estuviera presente, se codificará de acuerdo con F70-F79. Sin embargo, la pica puede aparecer en niños con inteligencia normal (generalmente niños pequeños).

F98.4 Trastornos de estereotipias motrices

Trastorno caracterizado por la presencia de movimientos voluntarios, repetitivos, estereotipados, que carecen de una función concreta, que suelen ser rítmicos y que no forman parte de ningún cuadro psiquiátrico o neurológico reconocido. Cuando dichos movimientos tienen lugar como síntomas de otra alteración, sólo se codificará la alteración principal. Los movimientos que no son de tipo agresivo son: balanceo corporal, balanceo de cabeza, arrancarse o retorcer el cabello, movimientos amanerados de los dedos y de las manos (la onicofagia, la succión del pulgar y la rinodactilomanía no están incluidos en este apartado, ya que no son indicadores válidos de psicopatología y no tienen suficiente importancia en salud pública como para justificar su clasificación). Las estereotipias autoagresivas toman la forma de cabezazos, bofetadas, hurgarse los ojos y morderse las manos, los labios u otras partes del cuerpo.

Excluye: Trastornos de tics (F95.-). Estereotipias que forman parte de un trastorno psiquiátrico más amplio (como trastorno generalizado del desarrollo). Trastornos de la motilidad de origen orgánico (G20-G26). Movimientos anormales involuntarios (R25.-). Trastorno obsesivo-compulsivo (P42.-). Tricotilomanía (F63.3). Onicofagia, rinodactilomanía y succión del pulgar (F98.8).

F98.5 Tartamudeo (espasmofemia)

Trastornos del desarrollo psicológico

Trastorno del habla caracterizado por la frecuente repetición o prolongación de sonidos, sílabas o palabras o por frecuentes dudas o pausas que interrumpen el flujo rítmico del habla. Disritmias menores de este tipo son bastantes frecuentes transitoriamente en la primera infancia o como un rasgo menor pero persistente del habla en la infancia más tardía y en la vida adulta. Deben ser clasificadas como un trastorno únicamente cuando su gravedad afecta al lenguaje de un modo importante. Puede acompañarse de tics o de movimientos del cuerpo que coinciden en el tiempo con las repetidas prolongaciones o pausas del flujo del lenguaje. El tartamudeo debe diferenciarse del farfulleo (ver más adelante) y de los tics.

Excluye: Trastornos de tics (F95.-). Farfulleo (F98.6). Trastornos neurológicos que producen disritmias del habla. Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

F98.6 Farfulleo

Trastorno caracterizado por un ritmo rápido del habla con interrupciones en la fluidez, pero sin repeticiones o indecisiones, de una gravedad que da lugar a un deterioro en la comprensión del habla. El habla es errática y disrítica, con súbitos brotes espasmódicos que generalmente implican formas incorrectas de la construcción de las frases (por ejemplo, alternancia de pausas y explosiones del habla dando lugar a la expresión grupos de palabras sin relación con la estructura gramatical de la oración).

Excluye: Tartamudeo (F98.5). Trastornos de tics (F95.-). Trastornos neurológicos que provocan disritmias del habla. Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

F98.8 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o adolescencia

Incluye: Onicofagia. Rinodactilomanía. Succión del pulgar. Masturbación (excesiva). Trastorno de déficit de atención sin hiperactividad.

F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o adolescencia sin especificación

Trastornos del desarrollo psicológico

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995) es la clasificación diagnóstica estándar internacional de enfermedades.

La CIE 10 para cada patología indica sus características y pautas para establecer el diagnóstico.

El apartado 5 de la CIE 10 se centra en los Trastornos Mentales y del Comportamiento.

Organización Mundial de la Salud (1992): Trastornos mentales y del comportamiento; descripciones clínicas y pautas del diagnóstico (CIE 10). Ed. Meditor.