



UTPL
La Universidad Católica de Loja

Vicerrectorado de Modalidad Abierta y a Distancia

Psicopatología del Niño y del Adolescente

Guía didáctica



Psicopatología del Niño y del Adolescente

Guía didáctica

Carrera

PAO Nivel

Psicología

IV

Autores:

Eugenio Fabián Macas Ordóñez

Reestructurada por:

Claudia Torres Montesinos



Psicopatología del Niño y del Adolescente

Guía didáctica

Eugenio Fabián Macas Ordóñez

Reestructurada por:

Claudia Torres Montesinos

Diagramación y diseño digital

Ediloja Cía. Ltda.

Marcelino Champagnat s/n y París

edilojacialtda@ediloja.com.ec

www.ediloja.com.ec

ISBN digital -978-9942-25-855-7

Año de edición: septiembre, 2020

Edición: primera edición reestructurada en febrero 2025 (con un cambio del 25%)

Loja-Ecuador



Los contenidos de este trabajo están sujetos a una licencia internacional Creative Commons **Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0** (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de **Compartir – copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Adaptar – remezclar, transformar y construir a partir del material citando la fuente, bajo los siguientes términos: Reconocimiento- debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios.** Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciatante. **No Comercial-no puede hacer uso del material con propósitos comerciales. Compartir igual-Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original.** No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Índice

| | |
|---|-----------|
| 1. Datos de información | 8 |
| 1.1 Presentación de la asignatura..... | 8 |
| 1.2 Competencias genéricas de la UTPL..... | 8 |
| 1.3 Competencias del perfil profesional | 8 |
| 1.4 Problemática que aborda la asignatura | 8 |
| 2. Metodología de aprendizaje | 10 |
| 3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje..... | 11 |
| Primer bimestre | 11 |
| Resultado de aprendizaje 1 y 2:..... | 11 |
| Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... | 11 |
| Semana 1 | 12 |
| Unidad 1. Aspectos diferenciales del comportamiento patológico en la infancia | 12 |
| 1.1. Importancia del estudio psicopatológico en la niñez y adolescencia | 12 |
| 1.2. Cambios más destacados del DSM-IV al DSM 5 | 13 |
| Actividades de aprendizaje recomendadas | 15 |
| Autoevaluación 1 | 17 |
| Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... | 19 |
| Semana 2 | 19 |
| Unidad 2. Trastornos del neurodesarrollo | 19 |
| 2.1. ¿Qué son los trastornos del neurodesarrollo?..... | 19 |
| 2.2. Tipos de trastornos del neurodesarrollo..... | 19 |
| Actividad de aprendizaje recomendada | 23 |
| Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... | 24 |
| Semana 3 | 24 |
| Unidad 2. Trastornos del neurodesarrollo | 24 |
| 2.2. Tipos de trastornos del neurodesarrollo..... | 24 |

| | |
|--|-----------|
| Actividades de aprendizaje recomendadas | 27 |
| Autoevaluación 2..... | 28 |
| Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... | 30 |
| Semana 4..... | 30 |
| Unidad 3. Trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés | 30 |
| 3.1. ¿Qué son los trastornos depresivos?..... | 30 |
| 3.2. Tipos de trastornos depresivos..... | 31 |
| Actividades de aprendizaje recomendadas | 33 |
| Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... | 35 |
| Semana 5..... | 35 |
| Unidad 3. Trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés | 35 |
| 3.3. ¿Qué son los trastornos de ansiedad?..... | 35 |
| 3.4. Tipos de trastornos de ansiedad..... | 35 |
| 3.5. ¿Cuáles son los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés?..... | 38 |
| 3.6. Tipos de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés | 38 |
| Actividades de aprendizaje recomendadas | 41 |
| Autoevaluación 3..... | 42 |
| Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... | 45 |
| Semana 6..... | 45 |
| Unidad 4. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos | 45 |
| 4.1. ¿Qué son los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos? | 45 |
| 4.2. Tipos de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos | 45 |
| Actividades de aprendizaje recomendadas | 48 |
| Autoevaluación 4..... | 49 |
| Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... | 51 |
| Semana 7 | 51 |

| | |
|--|-----------|
| Actividades finales del bimestre | 51 |
| Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... | 52 |
| Semana 8 | 52 |
| Actividades finales del bimestre | 52 |
| Segundo bimestre..... | 53 |
| Resultado de aprendizaje 1 y 2: | 53 |
| Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... | 53 |
| Semana 9 | 53 |
| Unidad 5. Trastornos de excreción..... | 53 |
| 5.1. ¿Qué son los trastornos de excreción?..... | 53 |
| 5.2. Tipos de trastornos de excreción..... | 53 |
| Actividades de aprendizaje recomendadas | 55 |
| Autoevaluación 5..... | 56 |
| Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... | 58 |
| Semana 10 | 58 |
| Unidad 6. Trastornos de sueño, vigilia | 58 |
| 6.1. ¿Qué son los trastornos del sueño vigilia? | 58 |
| 6.2. Características del sueño | 59 |
| 6.3. Tipos de trastornos del sueño-vigilia | 60 |
| Actividades de aprendizaje recomendadas | 62 |
| Autoevaluación 6..... | 63 |
| Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... | 65 |
| Semana 11 | 65 |
| Unidad 7. Trastornos disruptivos, del control de impulsos y la conducta.. | 65 |
| 7.1. ¿Qué caracteriza a los trastornos disruptivos, del control de impulsos y la conducta?..... | 65 |
| 7.2. Tipos de trastornos disruptivos, del control de impulsos y la conducta | 65 |
| Actividad de aprendizaje recomendada | 68 |

| | |
|--|-----------|
| Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... | 69 |
| Semana 12..... | 69 |
| Unidad 7. Trastornos disruptivos, del control de impulsos y la conducta.. | 69 |
| 7.2. Tipos de trastornos disruptivos, del control de impulsos y la conducta .. | 69 |
| Actividades de aprendizaje recomendadas | 71 |
| Autoevaluación 7..... | 72 |
| Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... | 74 |
| Semana 13..... | 74 |
| Unidad 8. Disforia de género y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica | 74 |
| 8.1. Disforia de género | 75 |
| Actividad de aprendizaje recomendada | 75 |
| Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... | 76 |
| Semana 14..... | 76 |
| Unidad 8. Disforia de género y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica | 76 |
| 8.2. Otros problemas pueden ser objeto de atención clínica | 76 |
| Actividades de aprendizaje recomendadas | 81 |
| Autoevaluación 8..... | 82 |
| Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... | 84 |
| Semana 15..... | 84 |
| Actividades finales del bimestre | 84 |
| Actividades de aprendizaje recomendadas | 84 |
| Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas..... | 85 |
| Semana 16..... | 85 |
| Actividades finales del bimestre | 85 |
| Actividades de aprendizaje recomendadas | 85 |
| 4. Autoevaluaciones | 86 |
| 5. Referencias bibliográficas | 94 |



1. Datos de información

1.1 Presentación de la asignatura



1.2 Competencias genéricas de la UTPL

- Comunicación oral y escrita.
- Pensamiento crítico y reflexivo.
- Trabajo en equipo.
- Comunicación en inglés.
- Comportamiento ético.
- Organización y planificación del tiempo.

1.3 Competencias del perfil profesional

Ejecuta procesos de evaluación por medio de la aplicación de instrumentos y técnicas psicológicas para realizar un diagnóstico eficaz, siguiendo los criterios propios de la profesión.

1.4 Problemática que aborda la asignatura

En el cuarto nivel académico, se aborda la “Psicopatología del niño y del adolescente”, que permitirá al estudiante adquirir las competencias necesarias para realizar una evaluación y diagnóstico integral. En este marco, la materia

se orienta a formar al estudiante en el manejo de herramientas diagnósticas, aportando con la comprensión y análisis del funcionamiento y comportamiento anormal para fortalecer las capacidades de evaluación y el posterior diagnóstico e intervención.





2. Metodología de aprendizaje

En el desarrollo de la presente asignatura se aplicará el método de estudio de casos; con él se busca exponer al estudiante diversas situaciones clínicas que le permitirán llegar a un diagnóstico presuntivo o definitivo, desarrollando capacidades analíticas y críticas. El estudiante se valdrá de manuales diagnósticos y los conocimientos adquiridos en clase. El Método de Caso (MdC) tiene gran relevancia debido a que facilita:

- Una mejor comprensión de los trastornos, ya que permite involucrar la praxis con la parte teórica.
- Reflexión y análisis de los criterios diagnósticos establecidos en el manual de clasificación diagnóstica DSM 5 (APA, 2014).
- Favorece un ambiente dinámico en la clase, ya que los alumnos debaten sus distintos diagnósticos, exponen sus puntos de vista, ya sean apoyando o discrepando de sus compañeros.

Los casos clínicos propuestos constituyen una aproximación a situaciones complejas que el estudiante encontrará en la práctica profesional.



3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje



Primer bimestre

Resultado de aprendizaje 1 y 2:

- Identificar y diferenciar las características específicas de cada trastorno psicopatológico asociado a los niños y adolescentes.
- Determinar los criterios diagnósticos de cada trastorno psicopatológico asociados a la niñez y adolescencia.

Estimado/a estudiante, mediante este resultado de aprendizaje usted será capaz de identificar las principales características y criterios diagnóstico de los trastornos psicológicos establecidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5 (APA, 2014) y que tienen afectación en las etapas de la infancia adolescencia. Además, podrá establecer diferencias entre trastornos mentales, lo cual constituye un elemento esencial de cara a realizar correctos diagnósticos psicológicos.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas

Recuerde revisar de manera paralela los contenidos con las actividades de aprendizaje recomendadas y actividades de aprendizaje evaluadas.



Unidad 1. Aspectos diferenciales del comportamiento patológico en la infancia

1.1. Importancia del estudio psicopatológico en la niñez y adolescencia

Un mito común es creer que la psicopatología se asocia únicamente con los adultos, mientras que niños y adolescentes están exentos de padecer trastornos mentales. Sin embargo, la evidencia muestra que diversas conductas patológicas son frecuentes incluso en las primeras etapas de la vida, lo que destaca la importancia de su detección y atención temprana (Sue, Wing y Sue, 2010).

Se ha demostrado que los trastornos conductuales, emocionales y del desarrollo pueden llegar a afectar hasta 22 de cada 100 niños y niñas, sin embargo, las estimaciones no incluyen un importante número de infantes que no llegan a ser diagnosticados o no cumplen con todos los criterios establecidos por los distintos manuales como el DSM 5 (Caballo y Simon, 2006).

El estudio de la psicopatología infantil es crucial, ya que muchas personas diagnosticadas con algún trastorno mental durante la infancia continúan enfrentando dificultades a lo largo de su vida, impactando áreas como la social, psicológica, académica y laboral (Caballo y Simón, 2006).

Pacheco y Riquelme (2017), indican que en los niños y adolescentes se deben tomar en cuenta consideraciones diferentes, ya sea para la evaluación, diagnóstico y tratamiento, todo esto se debe a características propias en su desarrollo mental.

En lo que respecta a la realidad ecuatoriana, estudios llevados a cabo en el Instituto de Neurociencias en Guayaquil revelan que los trastornos depresivos son las patologías más frecuentes (22.9 %) y afectan especialmente a adolescentes del sexo femenino (Morla, Saad y Saad, 2006).

Por favor, revise la siguiente infografía titulada “Salud mental en niños y adolescentes”, la cual contiene datos relevantes proporcionados por la OMS respecto a esta problemática.



Salud mental en niños y adolescentes



1.2. Cambios más destacados del DSM-IV al DSM 5



La Asociación Americana de Psiquiatría ha desarrollado cinco ediciones del famoso manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM, el mismo se ha convertido en una herramienta ampliamente utilizada en el campo de la salud mental (APA, 2014).



Estimado/a estudiante, lo invito a revisar el siguiente módulo didáctico titulado ¿Qué es el DSM 5? Le permitirá familiarizarse con el manual en cuestión. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).



¿Qué es el DSM 5?

El DSM 5 (APA, 2014) contempla los trastornos mentales que afectan a los seres humanos en las distintas etapas de la vida (infancia, adolescencia, adultez y senectud). Ahora bien, el antiguo manual diagnóstico DSM IV- TR clasifica los trastornos que afectan al niño y adolescente bajo un mismo epígrafe denominado *“Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y adolescencia”*. Si usted revisa el DSM IV- TR podrá evidenciar aquello. Note como bajo esta categoría se encuentran los siguientes trastornos:

- Retraso mental.
- Trastornos del aprendizaje.
- Trastornos de las habilidades motoras.
- Trastornos de la comunicación.
- Trastornos generalizados del desarrollo.
- Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbado.
- Trastornos de la ingestión y la conducta alimentaria de la infancia o la niñez.
- Trastornos de tics.

- Trastornos de eliminación.
- Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia (trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, trastorno de movimientos estereotipados, etc.).

En el manual DSM 5 (APA, 2014), se ha eliminado esa categoría y los trastornos que antes ocupaban un mismo espacio ahora han sido separados y en algunos casos renombrados. Para evidenciar ello, por favor revise en el DSM 5 (APA, 2014) los siguientes trastornos:

- Trastornos del neurodesarrollo.
- Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta.
- Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.
- Trastornos de la excreción.
- Trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo, ahora contenidos en la categoría de trastornos de ansiedad.
- El trastorno de apego reactivo, dentro de los trastornos de trauma y por estrés.

Es importante aclarar que serán los trastornos descritos en el DSM 5 los que se analizarán a lo largo de este componente.

Para profundizar sobre esta temática le invito a comparar los Manuales diagnósticos DSM IV-TR y DSM 5, además, revise la "Sección I" del DSM 5 en donde podrá encontrar información sobre el manejo del manual y el apartado titulado "Apéndice" en donde encontrará los cambios más destacados del DSM 5 respecto al DSM IV.

Le recomiendo leer con atención el documento titulado: [DSM-5: Novedades y criterios diagnósticos](#), preste especial atención a la página 2 que sintetiza los principales cambios del DSM 5 sobre los trastornos que afectan a la niñez y adolescencia.

Finalmente, le invito a desarrollar el siguiente *quiz* denominado Diferencia entre DSM IV DSM 5, que le permitirá reconocer las diferencias más relevantes entre los manuales DSM IV y DSM 5.

Diferencia entre DSM IV DSM 5



Actividades de aprendizaje recomendadas



Continuemos con el aprendizaje mediante el desarrollo de las siguientes actividades recomendadas.

Actividad 1: revise el caso clínico propuesto y señale a cuál manual diagnóstico pertenece.

Procedimiento:

- a. Estimado/a estudiante, para la presente actividad usted deberá revisar los manuales diagnósticos DSM IV-TR y DSM 5, además del contenido de la página web: [DSM- 5: novedades y criterios diagnósticos](#), preste especial atención a la página 2, que sintetiza los principales cambios del DSM 5 sobre los trastornos que afectan a la niñez y adolescencia.
- b. Como se explicó previamente, existen diferencias en la forma en cómo se categorizan los trastornos mentales entre los manuales DSM IV TR y el DSM 5. Bajo esta premisa, analice el siguiente caso clínico y señale a qué manual pertenece.

Caso clínico:

JJ es una paciente de 15 años que acude a consulta acompañada de su madre porque últimamente se muestra irritable. JJ es completamente dependiente del cuidado, necesita de alguien que le alimente, la lleve al baño, la duche o la vista, además se comunica únicamente empleando monosílabos.

Los déficits en los dominios cognitivos a nivel conceptual y pragmático son graves y la han acompañado toda la vida. Es importante manifestar que el CI de JJ es de 25.

El diagnóstico que se dio a este caso fue: Discapacidad intelectual grave.

Pista: uno de los manuales utiliza el término discapacidad intelectual.

c. Una vez analizado el caso clínico, responda la siguiente interrogante:

¿Qué manual se utilizó para diagnosticar a JJ?

Actividad 2: realice un resumen de los trastornos mentales más comunes de la infancia y adolescencia.

Procedimiento:

Estimado/a estudiante, para realizar esta actividad, usted debe cumplir con el siguiente proceso:

- a. Lea detalladamente el reporte de la OMS (2018), sobre los trastornos mentales de la adolescencia titulado: "[Salud mental del adolescente](#)".
- b. Se encontrará con un informe de la Organización Mundial de la Salud con cifras estadísticas sobre los distintos trastornos que afectan estas etapas de la vida.
- c. Subraye los aspectos más relevantes de cada uno de los trastornos.
- d. Desarrolle un resumen a fin de que pueda sintetizar la información más relevante.
- e. Comparta con su docente el trabajo realizado en el espacio de tutorías y consultas. Recuerde que, si bien esta actividad no es calificada, le ayudará a reforzar lo tratado en la unidad.

Nota. Por favor, complete las actividades en un cuaderno o documento Word.

Actividad 3: Autoevaluación 1.

De acuerdo con la información analizada, responda las siguientes preguntas. Recuerde, estimado/a estudiante, que las autoevaluaciones no son calificadas; sin embargo, son importantes para reforzar conocimientos:

Para llevar a cabo esta autoevaluación es fundamental que revise el DSM 5 y la página web sugerida.



Autoevaluación 1

1. El nuevo Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales se denomina:

- a. DSM 3.
- b. DSM 4 TR.
- c. DSM 5.

2. Existieron cambios en las denominaciones de algunos trastornos de respecto al anterior y nuevo manual.

- a. Verdadero.
- b. Falso.

3. Los antes llamados trastornos de la eliminación, ahora se conocen como:

- a. Trastornos de excreción.
- b. Trastornos de expulsión.
- c. Trastornos de ejecución.

4. En el DSM 4 existía la categoría “retraso mental”, sin embargo, en el nuevo manual DSM 5 se ha cambiado por “discapacidad intelectual”.

- a. Verdadero.
- b. Falso.

5. En la nueva categoría del DSM 5 “Trastornos del neurodesarrollo” ahora se incluyen trastornos como:

- a. Discapacidades intelectuales.
- b. Trastornos del lenguaje.
- c. Trastornos fonológicos.
- d. Trastornos del espectro autista.
- e. Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad.
- f. Todos los anteriores.



6. El DSM 5 mantiene la categoría “Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia”.
- a. Verdadero.
 - b. Falso.
7. ¿Si no se trata un trastorno que aparece en etapas tempranas de la vida, este gradualmente desaparecerá y no generará repercusiones en la vida adulta del individuo?
- a. Verdadero.
 - b. Falso.
8. En el nuevo DSM 5 los trastornos de la ingestión y conducta alimentaria siguen formando parte de los “Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia”.
- a. Verdadero.
 - b. Falso.
9. El trastorno de ansiedad por separación en el nuevo manual DSM 5 deja de formar parte de los “Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia” para ahora ser parte de los trastornos de ansiedad.
- a. Verdadero.
 - b. Falso.
10. El mutismo selectivo ahora se encuentra dentro de:
- a. Los trastornos del lenguaje.
 - b. Los trastornos de la comunicación.
 - c. Trastornos disléxicos.
 - d. Trastornos de ansiedad.

[Ir al solucionario](#)



Semana 2

Unidad 2. Trastornos del neurodesarrollo

2.1. ¿Qué son los trastornos del neurodesarrollo?

Según el DSM 5 (APA, 2014), los trastornos del neurodesarrollo “Se caracterizan por un déficit en el desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico y ocupacional. El rango de los déficits del desarrollo varía desde limitaciones muy específicas del aprendizaje o del control de las funciones ejecutivas, hasta deficiencias globales de las habilidades sociales y la inteligencia” (p 31).

2.2. Tipos de trastornos del neurodesarrollo

Usted encontrará que los trastornos del neurodesarrollo según el DSM 5 (APA, 2014) se clasifican en:

- Discapacidades intelectuales.
- Trastornos de la comunicación.
- Trastornos por déficit de atención/hiperactividad.
- Trastornos del espectro autista.
- Trastornos específicos del aprendizaje.
- Trastornos motores.

Esta semana abordaremos los primeros tres trastornos y la siguiente semana los restantes.



2.2.1. Discapacidades intelectuales

Es posible que se forme un concepto de discapacidad intelectual a partir de una deficiencia en el “funcionamiento intelectual”, es decir, menores capacidades de razonamiento, planificación, resolución de problemas o pensamiento abstracto.

Ahora bien, el DSM 5 añade un nuevo criterio en el diagnóstico de discapacidad intelectual, siendo indispensable un deterioro en el “funcionamiento adaptativo” (APA, 2014). Esta inclusión en el manual hace que ya no solo se necesite un menor desempeño en pruebas de coeficiente intelectual (CI), sino que además el individuo debe tener problemas para adaptarse, es decir, no percibir adecuadamente las señales sociales de sus iguales, no responsabilizarse de las necesidades personales y tener dificultades para regular sus emociones (APA, 2014).

Existen además cuatro grados de discapacidad intelectual: leve, moderada, grave y profunda.

Para profundizar más en esta temática, le recomiendo leer detenidamente el apartado del DSM 5 (APA, 2014) correspondiente a la discapacidad intelectual; ponga especial atención a las tablas que aparecen en las primeras páginas, pues contiene tres tipos de dominios y su grado de afectación, entendemos por dominios el grado de desempeño que presenta el sujeto en relación con el desempeño de actividades sociales, de autocuidado o escolares.

2.2.2. Trastornos de la comunicación

El trastorno de la comunicación se caracteriza por deficiencias en áreas de lenguaje, el habla y la comunicación. Bajo este epígrafe se encuentran: trastorno del lenguaje, trastorno fonológico, trastorno de fluidez de inicio en la infancia, trastorno de comunicación social, y otros trastornos de comunicación especificados y no especificados. Antes de diagnosticar a este grupo de trastornos es recomendable tomar en cuenta el contexto cultural y lingüístico del individuo.

En la siguiente tabla se explican los conceptos de habla, lenguaje y comunicación que se ven afectados en estos trastornos.

Tabla 1
Conceptos de habla, lenguaje y comunicación

| Concepto | Descripción |
|--------------|--|
| Habla | Hace referencia a una pronunciación expresiva de sonidos que incluyen la articulación, fluidez, voz y calidad de resonancia de un individuo. |
| Lenguaje | Hace referencia a la forma, función y uso de sistema convencional de símbolos (es decir, palabras habladas, lenguaje de señas, palabras escritas, imágenes). |
| Comunicación | Hace referencia a todo comportamiento verbal o no verbal (sé intencional o no) que influye en el comportamiento, las ideas y actitudes de otro individuo. |

Nota. Adaptado de Helping Children with Down Syndrome Communicate Better: Speech and Language Skills for Ages 6–14 (p. 25), por Kumin L., 2008, Woodbine House, Bethesda, MD.

Para profundizar más en este apartado le sugiero leer la sección “trastornos de la comunicación” en el **DSM 5 (APA, 2014)**, ahí encontrará las especificidades de los trastornos expuestos.

2.2.3. Trastornos por déficit de atención/hiperactividad

La característica principal del trastorno por déficit del TDAH es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo, procederemos a detallar cada uno de estos elementos (APA, 2014).

Tabla 2*Conceptos de Inatención, hiperactividad e impulsividad*

| Concepto | Descripción |
|----------------|---|
| Inatención | Se refiere a desviaciones de las tareas, falta de persistencia o dificultad para mantener la atención y desorganización que no se debe a un desafío o falta de comprensión. |
| Hiperactividad | Actividad motora excesiva cuando no es apropiado o jugueteos, golpes o locuacidad excesiva. |
| Impulsividad | Acciones apresuradas que se producen en el momento sin reflexión y crea un gran riesgo de dañar al individuo. |

Nota. Adaptado de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en mi aula de infantil (p. 141-152), por Álvarez Menéndez, S. y Pinel González, A., 2015, Revista Española de Orientación y Psicopedagogía.

Antes de diagnosticar TDAH es recomendable cerciorarse de que el nivel de actividad motora no es el apropiado para niños pequeños, por lo que en la evaluación se deberá verificar la afectación en distintos contextos en los que se desenvuelve el niño o la niña, evaluar a los padres de familia y profesores y observar el comportamiento en el aula.

El TDAH es uno de los trastornos que más polémica despierta debido a la gran cantidad de niños y niñas que lo padecen, los cuales en muchos casos reciben un diagnóstico incorrecto. Se considera que en la actualidad hay un poco de tolerancia a los niños que muestran mucha actividad, y que existen aproximadamente 29 millones de prescripciones de Ritalín al año, uno de los fármacos más usados en el TDAH (Isorna, 2016).

Es recomendable, por lo tanto, que antes de emitir un diagnóstico el profesional se cerciore cuidadosamente, se debe hacer una historia exhaustiva, conocer los antecedentes médicos y familiares, ya que existen ciertos factores como el consumo de alcohol, maltrato o desatención que hacen más proclive de experimentar el trastorno (APA, 2016).

Para una mejor comprensión de la temática le sugiero revisar en el DSM 5 (APA, 2014) el apartado correspondiente al trastorno por déficit de atención e hiperactividad, esto le permitirá profundizar los criterios diagnósticos en esta psicopatología.

Además, para entender la polémica que despierta, el TDAH le recomiendo revisar el artículo titulado: "[El niño hiperactivo y las polémicas en torno al diagnóstico y al tratamiento del TDAH](#)" del autor Isorna (2016), quien a través de una revisión literaria, puntualiza conclusiones relevantes sobre todo lo que se encuentra detrás del trastorno, también da recomendaciones para evitar el sobre diagnóstico.



Actividad de aprendizaje recomendada

Le invito a reforzar sus conocimientos, participando en la siguiente actividad:

Realice un organizador gráfico sobre la polémica en torno al TDAH.

Procedimiento

- a. Estimado/a estudiante, por favor revisen el artículo titulado: "[El niño hiperactivo y las polémicas en torno al diagnóstico y al tratamiento del TDAH](#)".
- b. La información contenida en el artículo en mención le permitirá conocer el porqué existe polémica en el diagnóstico de este trastorno.
- c. Luego de una lectura comprensiva, extraiga las ideas principales del documento y, elabore un organizador gráfico.
- d. Si desea, puede presentar y debatir el organizador gráfico con su docente a través del espacio de tutorías y consultas.

Nota. Por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.



Semana 3

En esta semana continuamos con las alteraciones restantes del trastorno del desarrollo neurológico, entre ellos tenemos: los trastornos del espectro autista, trastornos específicos del aprendizaje, trastornos motores y otros trastornos del neurodesarrollo.

Unidad 2. Trastornos del neurodesarrollo

2.2. Tipos de trastornos del neurodesarrollo

2.2.4. Trastornos del espectro autista

Uno de los trastornos más relevantes en lo que tiene que ver con el desarrollo neurológico es el trastorno del espectro autista, del cual se sabe que la prevalencia de casos en educación regular puede llegar a ser de un 1 %, sin embargo, en Ecuador, esta tasa se presenta en porcentajes que fluctúan entre un 0.32 % y un 0.66 % (Díaz y Andrade, 2015).

Las características principales de este trastorno son un deterioro persistente en la comunicación social recíproca, la interacción social, los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivas y repetitivas. Síntomas que se presentan desde etapas muy tempranas de la vida (APA, 2014).

Los niños con trastorno autista generalmente presentan una naturaleza solitaria diferente a lo que se esperaría de un niño de la misma edad; suelen tener problemas en el lenguaje de tipo expresivo y receptivo.

Es importante manifestar que el DSM 5 (APA, 2014) han unificado bajo el epígrafe “trastornos del espectro autista” los siguientes trastornos: Autismo de la primera infancia, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamiento, autismo atípico, trastorno generalizado del desarrollo no especificado, trastorno desintegrativo de la infancia y trastorno de Asperger.

Puede profundizar más sobre este apartado revisando el **DSM 5 (APA, 2014)** en el apartado “trastornos del espectro autista”.



Le recomiendo además visualizar el siguiente video del portal TED sobre el cómo ha convivido una madre con el trastorno del espectro autista de su hijo, se titula “[Si hubiera sabido antes lo que sé hoy](#)”, permite adentrarnos en las experiencias e intentos de adaptación de los familiares para convivir con esta situación.

2.2.5. Trastornos específicos del aprendizaje

Los trastornos específicos del aprendizaje tienen un origen biológico, generan anormalidades a nivel cognitivo y se asocian a signos conductuales. Es importante no confundirlos con la discapacidad intelectual, ya que en esta última el CI debe tener dos desviaciones estándar o más por debajo de la media poblacional ($< 70 \pm 5$) mientras que en los trastornos específicos del aprendizaje la puntuación es de al menos (70 ± 5) o más (APA, 2014).

En los trastornos específicos del aprendizaje se presentan dificultades persistentes para aprender actitudes académicas esenciales (las cuales generalmente se adquieren en períodos tempranos de escolaridad), como la lectura de palabras sueltas con precisión y fluidez, la comprensión de la lectura, la expresión escrita y la ortografía, cálculo aritmético y razonamiento matemático (APA, 2014).

Los tipos de trastornos específicos del aprendizaje pueden ser de afectación leve, moderada o grave y se clasifican según se presenten con dificultades en:

- La lectura.
- La expresión escrita.
- La matemática.



Es recomendable para profundizar en esta temática, revisar el **DSM 5 (APA, 2014)** en su apartado trastornos específicos del aprendizaje.

2.2.6. Trastornos motores

Las personas con este tipo de trastornos manifiestan un desarrollo motor más lento al esperado para su edad, sus movimientos pueden ser percibidos por otros como torpes, lentos o menos precisos (como en el trastorno del desarrollo de la coordinación); en otros casos los movimientos pueden percibirse como repetitivos y sin objetivo (como en el trastorno de movimientos estereotipados); o se pueden presentar movimientos o vocalizaciones súbitas, rápidos, recurrentes y no rítmicos (como el trastorno de tics) (APA, 2014).

Es importante puntualizar la diferencia entre movimientos estereotipados y tics, lo cual suele ser motivo de confusión. La diferencia radica en que el trastorno de movimiento estereotipado tiene una edad de inicio más temprana (antes de los 3 años), en comparación a los tics que suelen empezar a los 5 o 7 años. Las estereotipias afectan a los brazos, manos o cuerpo entero, mientras que los tics normalmente afectan a los ojos, cabeza y hombros.

En esta categoría se agrupan los siguientes trastornos:

- Trastornos del desarrollo de la coordinación.
- Trastornos de movimientos estereotipados.
- Trastornos de tics.

Para más información, por favor revisar el apartado de trastornos motores que consta en el DSM 5 (APA, 2014).

2.2.7. Otros trastornos del neurodesarrollo

Cuando en el DSM 5 (APA, 2014) encuentre una categoría similar a la presente: “**Otros trastornos...**”, esto hace referencia a trastornos que en esencia pertenecerían a una categoría, pero generalmente no cumplen con todos los criterios diagnósticos que la misma establece. En el caso de “otros trastornos del neurodesarrollo” nos referimos a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del neurodesarrollo que causan

deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del neurodesarrollo (APA, 2014).

2.2.8. Trastornos del neurodesarrollo no especificado

La clasificación de trastornos del neurodesarrollo no especificado se utiliza cuando el profesional no especifica el motivo de incumplimiento de los criterios o cuando no hay suficiente información para dar un diagnóstico más específico (APA, 2014).



Actividades de aprendizaje recomendadas

Continuemos con el aprendizaje mediante su participación en las actividades que se describen a continuación:

Actividad 1: analice el video propuesto en la plataforma sobre las implicaciones familiares del autismo y responda las interrogantes planteadas.

Procedimiento:

- a. Revise la siguiente charla de TED Talks denominada: "[Si hubiera sabido antes lo que sé hoy](#)", sobre el autismo y los intentos de una madre para adaptarse a la situación de su hijo.
- b. Ponga atención en los desafíos y oportunidades que brinda el autismo a los padres y cuidadores.
- c. Una vez revisado el video, proceda a dar respuesta a las siguientes preguntas.
 - ¿Cuál es la reacción inicial de Thelma?, ¿usted se haría o se ha hecho las mismas preguntas?
 - Según el video, ¿Qué es el autismo y cuáles son las manifestaciones que presentó su hijo?

- ¿Qué retos enfrentó Thelma respecto a Rafael y cómo los ha ido superando?

Nota. Por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.



Actividad 2: Autoevaluación 2.



Estimado/a estudiante, lo invito a desarrollar la siguiente autoevaluación, la cual no es calificada; sin embargo, le recomiendo que la lleve a cabo para que ponga a prueba sus conocimientos sobre la temática.



Autoevaluación 2

1. Los trastornos del desarrollo afectan generalmente a los individuos desde etapas tempranas de la vida.
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.
2. Para que se pueda diagnosticar discapacidad intelectual, es necesario que únicamente se presenten deficiencias en el funcionamiento cognitivo (capacidad de planificar, resolución de problemas, razonamiento abstracto).
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.
3. En el trastorno por déficit de atención/hiperactividad se presenta un problema en la articulación de palabras que tiene un origen neurológico.
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.

4. Señale la respuesta correcta, en el TDAH hay la interferencia en el funcionamiento o desarrollo se debe a:



- a. Un patrón persistente de alteraciones en el habla, lenguaje y comunicación.
- b. Un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad.
- c. Un patrón persistente de desajuste motor.

5. La dislexia es un término alternativo que se refiere a un patrón de dificultades del aprendizaje que se caracteriza por problemas con el reconocimiento de las palabras en forma precisa o fluida, deletrear mal y poca capacidad ortográfica.



- a. Verdadero.
- b. Falso.



6. En el trastorno de movimientos estereotipados existen:

- a. Problemas para articular correctamente las palabras.
- b. Alteraciones motoras en la fase REM del sueño.
- c. Movimientos o vocalizaciones súbitas, rápidas, recurrentes y no rítmicas.



7. El trastorno de Tourette pertenece a la categoría trastornos de movimientos estereotipados.

- a. Verdadero.
- b. Falso.

8. El trastorno de tics se da únicamente en vocalizaciones, más, nunca en movimientos.

- a. Verdadero.
- b. Falso.

9. Cuando se presenta un comportamiento repetitivo, aparentemente guiado y sin objetivo hablamos de un trastorno de:

- a. Tics.
- b. Movimientos estereotipados.
- c. Epilepsia.

10. En el trastorno de desarrollo de la coordinación puede haber un retraso para habilidad habilidades motoras (pedalear, abrocharse la camisa, usar escaleras) en comparación a otros niños de la misma edad.

- a. Verdadero.
- b. Falso.

[Ir al solucionario](#)

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 4

Unidad 3. Trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Estimado/a estudiante, nos encontramos ante la unidad 3, la cual se ha dividido en dos partes. Esta semana se analizarán los trastornos depresivos y en la semana siguiente los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.

3.1. ¿Qué son los trastornos depresivos?



La depresión es una alteración del estado anímico que tiene una sintomatología similar en niños y adultos, presentándose sentimientos de tristeza, desesperanza, desesperación y falta de energía, entre otros (Martínez, 1995).

La depresión en etapas tempranas de la vida puede estar influenciada por múltiples factores, entre ellos están: las vulnerabilidades biológicas consecuencia de la genética o aspectos prenatales; influencias ambientales como el estilo de crianza, eventos estresantes en la vida o características del ambiente en el que se desenvuelven, y finalmente está la forma de percibir el mundo, la mayoría de las personas con depresión tienen una visión oscura del pasado, presente y futuro (Rey, et al., 2015).

3.2. Tipos de trastornos depresivos

Usted encontrará que el DSM 5 (APA, 2014) ha categorizado como trastornos depresivos las siguientes entidades:

3.2.1. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Este trastorno se caracteriza por una irritabilidad crónica, grave y persistente. Se puede manifestar de dos maneras, la primera con accesos de cólera que se activan ante la frustración y la segunda manifestación es la irritabilidad grave, es decir, el individuo se encuentra enfadado la mayor parte del tiempo (APA, 2014).

3.2.2. Trastorno de depresión mayor

En este trastorno es característico el ánimo deprimido, acompañado de pérdida de interés o placer en las actividades. Además, suele presentarse fatiga, cansancio o dificultad para conciliar el sueño. Los síntomas antes mencionados deben manifestarse con frecuencia, para poder dar un diagnóstico, deben estar presentes al menos dos semanas. En ciertos casos existe ideación suicida (APA, 2014).

3.2.3. Trastorno depresivo persistente

Se caracteriza por un ánimo deprimido, el cual está presente la mayor parte del día, durante un periodo de por lo menos dos años o un año en el caso de niños y adolescentes (APA, 2014).

3.2.4. Trastorno disfórico premenstrual

Lo que caracteriza al trastorno disfórico premenstrual es la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se presentan durante la fase premenstrual del ciclo, que van desapareciendo una vez iniciada la menstruación o poco después.

Es común la irritabilidad, cambios en el apetito, alteraciones en el sueño. Además, en ciertas ocasiones acarrea problemas en la pareja. Este es un trastorno nuevo en el manual y ha intensificado el criterio de algunos especialistas de que el DSM 5 tiende a la sobre patologización (APA, 2014).

3.2.5. Trastorno depresivo inducido por una sustancia medicamento

En este caso hay la presencia de estado de ánimo deprimido, labilidad, cansancio o fatiga, que se deben o están relacionadas con el consumo, inyección o inhalación de una sustancia o medicamento, por ejemplo, el consumo de heroína (APA, 2014).

3.2.6. Trastorno depresivo debido a otra afección médica

En este caso están presentes los síntomas propios de la depresión, sin embargo, estos se relacionan con los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica, generalmente al solucionar la causa orgánica, el paciente comienza a experimentar una mejora de su estado de ánimo (APA, 2014).

Existe muy poca información sobre la depresión y cómo esta afecta a la población infantil. España es el país que arroja más datos, con un 28 % del total de investigaciones realizadas, en Ecuador; sin embargo, el porcentaje es pequeño, con un 3 % de investigaciones relacionadas con este tema.

Ahora bien, entre los datos recolectados a nivel nacional se mencionan diversos factores relacionados con la depresión infantil como el acoso escolar, además se indica que un niño con depresión tiende a reducir su rendimiento académico (De la Pava y Pérez, 2018).



Para una mejor comprensión de la temática abordada es recomendable que revise el apartado “Trastornos depresivos” en el DSM 5 (APA, 2014).



Actividades de aprendizaje recomendadas

Le invito a reforzar sus conocimientos, participando en las siguientes actividades:

Actividad 1: compare las semejanzas y diferencias de los distintos trastornos depresivos mediante una tabla comparativa.

Procedimiento:

- a. Estimado/a estudiante, por favor, analice en el DSM 5 (APA, 2014) cada uno de los trastornos depresivos.
- b. Se encontrará que los diferentes trastornos depresivos pueden variar en cuestión de duración, causa, prevalencia o grado de afectación.
- c. Con esta información va a desarrollar una tabla comparativa, la cual contendrá las diferencias y semejanzas de cada uno de los trastornos de este epígrafe.
- d. Esta actividad le permitirá contar con una guía que le permita ayudarse al momento de establecer diagnósticos diferenciales.

Actividad 2: analice caso clínico propuesto sobre trastornos depresivos y responda las preguntas planteadas.

Procedimiento:

- a. Revise el DSM 5 (APA, 2014) en lo correspondiente al apartado Trastornos depresivos.
- b. Revise los criterios diagnósticos de los diferentes trastornos englobados en este epígrafe.
- c. Analice el caso clínico propuesto a continuación:

WW es una mujer de 21 años, casada y sin hijos, acude a consulta acompañada de su esposo, quien refiere que tiene miedo a que se haga daño, ya que ha manifestado abiertamente el deseo de quitarse la vida. En una evaluación inicial, el psicólogo observa que WW presenta facie que denota tristeza, hay un descuido por su imagen personal y se nota cansada. WW refiere que no se siente así todo el tiempo, es más común 6 días antes de que inicie su periodo menstrual, llama a esta etapa "la fase oscura", ya que se caracteriza por presentar ideas suicidas, mayor sensibilidad con cambios bruscos e intensos del estado de ánimo y frustración, además no puede dormir sintiéndose cansada la mayor parte del día, problemas para concentrarse en el trabajo. Refiere también que esta situación le está acarreando problemas conyugales ya que últimamente grita descontroladamente a su esposo, y ha llegado a lanzar cosas. Indica que estos síntomas remiten después de que ha cesado el flujo vaginal.

Los cambios de WW se presentan todos los meses y van acompañados de tensión, ansiedad, tristeza y ganas de iniciar peleas.

- d. Responda las siguientes interrogantes: ¿qué trastorno presenta WW?, ¿en qué se basa para llegar a esa conclusión?
- e. Puede debatir con su docente el diagnóstico asignado en el espacio de tutorías y consultas.

Nota. Por favor, complete las actividades en un cuaderno o documento Word.



Semana 5

Unidad 3. Trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

3.3. ¿Qué son los trastornos de ansiedad?

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por generar miedo y ansiedad excesivos. A diferencia del sentimiento de ansiedad que se da cuando enfrentamos una situación de peligro real, en los trastornos de ansiedad el miedo o ansiedad son excesivos, sobredimensionados y persisten durante largos periodos de tiempo. Es muy importante tomar en cuenta el contexto cultural en el trastorno de ansiedad, ya que hay ciertas situaciones u objetos que se perciben de diferente en determinadas sociedades (APA, 2014).



Los trastornos de ansiedad afectan a todas las edades, pueden desencadenarse en la niñez como en el caso del mutismo selectivo o por una experiencia traumática en la vida adulta como en las fobias específicas.

3.4. Tipos de trastornos de ansiedad

Entre los trastornos de ansiedad tipificados en el DSM 5 (APA, 2014), se encuentran:

3.4.1. El trastorno de ansiedad por separación

Este trastorno se caracteriza porque el sujeto experimenta una ansiedad excesiva y superior a la esperada para su nivel de desarrollo cuando se aleja del hogar de las personas más cercanas. Es característico de este trastorno el creer que a las personas queridas les pasará algo o morirán, por lo que quieren



pasar el mayor tiempo posible con ellas, también suele ser común que piensen que les puede pasar algo malo a ellos mismos que les impide reunirse con sus seres queridos (APA, 2014).

3.4.2. La fobia específica

En este trastorno hay un temor o ansiedad recurrente a objetos o situaciones específicas, tales como suciedad, bacterias, algún tipo de animal, volar en avión, etc. Este miedo va más allá de los temores normales y transitorios que se producen en la población. La evitación activa del estímulo fóbico es frecuente en el trastorno (APA, 2014).

3.4.3. El trastorno de ansiedad social

Trastorno caracterizado por un miedo o ansiedad reiterada y severa a las situaciones sociales en las que se cree habrá una evaluación de los demás. Se considera que el miedo experimentado por la persona es desproporcionado (APA, 2014).

3.4.4. Trastorno de pánico

En el trastorno de pánico, el individuo experimenta un conjunto de síntomas físicos y cognitivos conocidos como ataques de pánico de forma recurrente e inesperada. En este trastorno es común experimentar: palpitaciones, sudoración, temblores, dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, escalofríos o sensación de calor, parestesias, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control y miedo a morir (APA, 2014).

3.4.5. Agorafobia

La agorafobia se caracteriza por la presencia de un miedo intenso a dos o más de las siguientes situaciones: usar el transporte público, estar en espacios abiertos, estar en sitios cerrados, hacer cola o estar en medio de una multitud,



estar fuera de casa solo. Los individuos con este trastorno consideran que experimentarán una crisis ante estas situaciones y no podrán escapar a un lugar seguro (APA, 2014).

3.4.6. Trastorno de ansiedad generalizada

A diferencia de la fobia específica, en el trastorno de ansiedad generalizada nos encontramos con un miedo o ansiedad recurrente en diversas situaciones de la vida. Esta ansiedad es desproporcionada, es decir, no se corresponde con el peligro real que representa la situación. Este trastorno se manifiesta con una serie de síntomas tales como: inquietud, fatigabilidad, problemas para concentrarse, tensión muscular y alteraciones en el sueño (APA, 2014).

3.4.7. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias medicamentosas

Como su nombre lo indica, en este trastorno los síntomas de ansiedad o ataques de pánico se producen como consecuencia de la intoxicación o abstinencia a una sustancia o medicamento, entre ellos se encuentran el alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, opiáceos, cocaína, entre otros (APA, 2014).

3.4.8. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

En este trastorno, los síntomas de ansiedad o ataques de pánico son la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. El trastorno generará consecuencias en las distintas esferas de la vida del individuo (APA, 2014).

3.5. ¿Cuáles son los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés?

Este grupo representa una nueva categoría en el DSM 5, anteriormente se encontraban agrupados de diferente manera, por ejemplo, el Trastorno de estrés postraumático se consideraba como un trastorno de ansiedad. Esta nueva clasificación surge debido a la relevancia que tienen los factores estresantes como causas de psicopatología (APA, 2014).

Tienen la particularidad de que tras su génesis está la exposición a un evento estresante o traumático y tienen consecuencias en las respuestas cognitivas, emocionales, conductuales, fisiológicas y sociales del individuo (APA, 2017). El grado de afectación en este grupo de trastornos varía de persona a persona; sin embargo, son comunes síntomas de enfado, hostilidad, disfóricos o dissociativos.

3.6. Tipos de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Los trastornos que usted encontrará en esta categoría son los siguientes:

3.6.1. Trastorno del apego reactivo

Suele tener su aparición entre los nueve meses y cinco años. El apego del infante afectado con este trastorno está alterado, lo que se manifiesta en acudir escasamente al cuidador en busca de comodidad, apoyo, protección y crianza.

Es importante manifestar que en todos los trastornos analizados en esta categoría subyace una experiencia traumática. En el caso del trastorno de apego reactivo, nos encontramos con un cuidado insuficiente en etapas tempranas de la vida (APA, 2014).

La importancia del cuidado es fundamental en los mamíferos, siendo que en el caso de los humanos pueden existir alteraciones orgánicas producto de la depravación afectiva, en el siguiente artículo Lusin (1999), desarrolla una investigación en la que se analiza el cuadro clínico de un infante con "[Retardo en el crecimiento por deprivación psicosocial](#)" se recomienda su análisis.

Además, se presenta a continuación uno de los experimentos más relevantes en el estudio del apego, llevados a cabo por Harry Harlow con monos Rhesus, en él se evidencia (aproximadamente en el minuto 3:04) las conductas disfuncionales de un primate criado sin una figura vinculante, el video se titula "[Experimentos de Harlow amor materno](#)".

3.6.2. Trastorno de relación social desinhibida

Para poder ser diagnosticado con este trastorno, el infante debe tener por lo menos nueve meses de edad y mostrar un comportamiento demasiado familiar con extraños, no acorde a su contexto cultural.

Al igual que pasa con el trastorno anteriormente descrito, el factor etiológico puede estar relacionado con una negligencia en el cuidado en etapas tempranas de la vida (APA, 2014).

3.6.3. Trastorno del estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático puede presentarse en niños, adolescentes y adultos que han estado relacionadas, de alguna forma, con experiencias traumatizantes, tales como muertes, violaciones, actos de guerra, etc. A causa de esta experiencia, el sujeto puede experimentar:

- Síntomas intrusivos sobre el acontecimiento, como recuerdos o pensamientos repetitivos y recurrentes que rememoran el hecho.
- Evitación de los estímulos asociados al hecho traumático.
- Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al hecho traumático.

- Alteraciones en el sistema de alerta y reactividad asociadas al suceso traumático.



Es importante indicar que los síntomas comienzan generalmente tres meses después de experimentar el trauma, aunque la totalidad de los criterios necesarios para el diagnóstico pueden presentarse incluso en años.

Muchos factores pueden estar involucrados con la aparición del Trastorno de estrés postraumático, entre ellas se encuentran los desastres naturales, como el ocurrido en la ciudad de Portoviejo, Ecuador el 16 de abril de 2016. Arias y Gracia (2019), han comparado la posibilidad de desarrollar estrés postraumático en muestras chilenas y ecuatorianas, siendo que los primeros son menos proclives al trastorno, ya que al sufrir un mayor número de este tipo de eventos tienen una mejor preparación para enfrentarlos.

3.6.4. Trastorno de estrés agudo

La persona afectada por trastorno de estrés agudo tras un evento traumático experimenta síntomas similares a los que se presentan en el trastorno de estrés postraumático, tales como: Síntomas de intrusión, estado de ánimo negativo, síntomas disociativos, síntomas evitativos o síntomas de alerta.

El cuadro completo debe presentarse durante al menos los tres días posteriores al evento traumático y solo se puede diagnosticar hasta un mes después del evento. Se considera que la mitad de las personas que presentan trastorno de estrés postraumático inicialmente presentaban trastorno de estrés agudo (APA, 2014).

3.6.5. Trastornos de adaptación

Se caracteriza por el desarrollo de una serie de síntomas emocionales y comportamentales que se producen dentro de los tres meses al inicio de un factor o factores de estrés. Siendo que estos síntomas desaparecen máximo hasta los seis meses una vez que el factor estresante ha sido suprimido (APA, 2014).



Para más información sobre esta temática revise el apartado titulado: trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en el DSM 5 (APA, 2014).



Actividades de aprendizaje recomendadas

Reforcemos el aprendizaje resolviendo las siguientes actividades.

Actividad 1: elabore un caso clínico sobre trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, tomando en cuenta las sugerencias propuestas.

Procedimiento:

- a. Estimado/a estudiante, por favor revise la información perteneciente a los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.
- b. Esto le permitirá familiarizarse con este grupo de trastornos y percatarse como todos comparten una característica común: La exposición a un evento estresante.
- c. En un documento de Word en formato A4 con 1,5 de interlineado, elabore un caso clínico acerca de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, siguiendo las siguientes instrucciones:
 - Debe ser un hombre de 45 años.
 - Se encontraba en un conflicto bélico cuando fue secuestrado y posteriormente torturado.
 - Refiere que se altera cuando recibe un susto.

- Pensamientos intrusivos y recuerdos de muerte.
 - Pesadillas que incluyen eventos de la tortura.
 - Agresividad incontrolable, suele reaccionar impulsivamente cuando se asusta.
 - Antes de la guerra no había tenido problemas.
 - Siempre se encuentra en guardia y ansioso.
- d. Con la información proporcionada forme un caso clínico detallado, recuerde incluir más síntomas e información si así lo desea. El objetivo es que entrene sus habilidades para generar un caso clínico.
- e. Puede compartir su caso clínico y recibir la retroalimentación respectiva de su docente en el espacio de tutorías y consultas.



Actividad 2: Autoevaluación 3.

Estimado/a estudiante, continuemos el aprendizaje desarrollando la siguiente autoevaluación, la cual no es calificada; sin embargo, le recomiendo que la lleve a cabo para que ponga a prueba sus conocimientos sobre la temática.



Autoevaluación 3

1. ¿Cuál de los siguientes criterios invariablemente debe estar presente en un trastorno de estrés postraumático?
 - a. Fuga disociativa.
 - b. Ideación suicida.
 - c. Manía.
 - d. Eventos traumáticos o estresantes.
 - e. Ninguno de ellos.
2. Según el DSM 5 los siguientes trastornos: trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés agudo son tipos de trastornos de ansiedad.
 - a. Verdadero.

- b. Falso.
3. ¿Cuál de los siguientes es el tiempo mínimo requerido para poder diagnosticar un trastorno de estrés agudo?
- a. 1 día.
 - b. 1 semana.
 - c. 1 mes.
 - d. 1 año.
4. ¿Qué trastorno afecta a las mujeres días antes del inicio de su periodo y genera: cansancio, frustración, cambios intensos del estado de ánimo, y en algunos casos ideación suicida. Remitiendo una vez ha finalizado el periodo?
- a. Trastorno bipolar.
 - b. Agorafobia.
 - c. Trastorno disfórico premenstrual.
 - d. Ninguno de los anteriores.
5. Los trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo se contemplan en los:
- a. Trastornos de ansiedad.
 - b. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.
 - c. Trastornos depresivos.
6. Cuando un niño presenta un estado de ánimo persistentemente irritable, con accesos de cólera graves y recurrentes que se pueden manifestar verbal o comportamental, puede tener un:
- a. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
 - b. Trastorno de depresión mayor.
 - c. Trastorno disfórico premenstrual.
 - d. Ninguna de las anteriores.



7. El trastorno depresivo mayor se conoce también como distimia:

- a. Verdadero.
- b. Falso.



8. Un trastorno de fobia específica se da ante todas las situaciones de la vida.

- a. Verdadero.
- b. Falso.



9. La agorafobia es un tipo de:

- a. Trastorno de ansiedad.
- b. Trastorno depresivo.
- c. Trastorno relacionado con traumas o factores de estrés.



10. Seleccione los criterios correctos para el trastorno de ansiedad por separación.

- a. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego.
- b. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
- c. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej. ser raptado, tener un accidente) cause la separación de una figura de gran apego.
- d. Todas las anteriores.



[Ir al solucionario](#)



Semana 6

Unidad 4. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

4.1. ¿Qué son los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos?

Este conjunto de trastornos se caracteriza por una alteración constante en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación, esto acarrea a una alteración en el consumo o absorción de alimentos con un deterioro significativo en la salud física o funcionamiento psicosocial (APA, 2014).

Las personas que presentan este grupo de trastornos pueden presentar síntomas similares a los presentados por personas con trastornos de consumo de sustancias como ansia y patrones de consumo compulsivo (APA, 2014).

4.2. Tipos de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Entre los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos se encuentran la pica, trastorno de rumiación, trastorno de la evitación y restricción de la ingesta de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, y trastorno de atracones. Describiremos cada uno de ellos en los siguientes apartados:

4.2.1. Pica

La pica es un trastorno caracterizado por la ingesta de sustancias no nutritivas y no alimenticias durante un periodo mínimo de un mes. Para que exista un diagnóstico adecuado, el individuo debe tener por lo menos dos años, ya que es normal antes de esta edad introducir varios objetos a la boca. La pica



puede producirse en infantes con un desarrollo normal, pero cuando se produce en adultos suele estar relacionada con una discapacidad intelectual u otros trastornos mentales (APA, 2014).

4.2.2. Trastorno de rumiación

El trastorno de rumiación se caracteriza por una regurgitación repetida de alimentos después de comer o alimentarse y que está presente durante por lo menos un mes. Esta conducta disfuncional se puede producir varias veces a la semana. Es importante manifestar que la rumiación no debe ser producto de una alteración gastrointestinal u otra afección médica (APA, 2014).

4.2.3. Trastorno de la evitación/restricción de la ingesta de alimentos

Este trastorno se caracteriza por la evitación o restricción de la toma de alimentos. Es importante indicar que el individuo no presenta una preocupación excesiva por la constitución o el peso, ni por otros trastornos mentales. La evitación en la ingesta alimentaria puede relacionarse en algunos casos con una sensibilidad extrema a la apariencia, color, olor, temperatura o gusto de la comida (APA, 2014).

4.2.4. Anorexia nerviosa

Son tres las características principales en la anorexia nerviosa: La restricción de la ingesta energética persistente, el miedo intenso a ganar peso o engordar y la alteración en la forma de percibir el peso y la constitución propia. Algunos individuos afectados por el trastorno no suelen ser conscientes de que presentan las alteraciones antes descritas, incluso pueden llegar a considerar que tiene sobrepeso a pesar de que su peso sea significativamente bajo (APA, 2014).

4.2.5. Bulimia nerviosa

Existen tres características importantes en la bulimia nerviosa:

Los episodios recurrentes de atracones, los comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal. Los síntomas antes descritos deben presentarse durante un periodo de al menos una vez a la semana durante tres meses.

En los atracones, el individuo experimenta una falta de control que le lleva a ingerir grandes cantidades de comida sin parar una vez que se ha empezado (APA, 2014).

4.2.6. Trastorno por atracones

Una vez a la semana, durante al menos tres meses, el individuo ingiere durante un periodo de tiempo determinado una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría.

El hecho de picar comida en pequeñas cantidades a lo largo del día no se consideraría atracón, suele también haber una falta de control por parar de comer una vez que se ha empezado (APA, 2014).

Para más información sobre esta temática, por favor, dirigirse al apartado titulado: Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos en el DSM 5 (APA, 2014).



Ahora bien, para conocer la realidad de los trastornos de la conducta alimentaria en Ecuador, les recomiendo revisar el siguiente documento "[Trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de 15-16 años, Colegio Consejo Provincial del Carchi Tulcán 2020](#)" contiene información relevante sobre la legislación ecuatoriana y su aplicabilidad en estos casos.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Le invito a reforzar sus conocimientos, participando en las siguientes actividades:

Actividad 1: analice las características diagnósticas del caso clínico expuesto sobre Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos y responda las preguntas planteadas.

Procedimiento:

- a. Revise el DSM 5 (APA, 2014) en lo correspondiente al apartado trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.
- b. Esto le permitirá conocer los criterios diagnósticos de los diferentes trastornos englobados en este epígrafe.
- c. Una vez revisada la información, analice el caso clínico propuesto a continuación:

LL es un niño de 8 años que es atendido en emergencias debido a una obstrucción intestinal. En estudios de imagen, el residente se percata de un objeto extraño alojado en su organismo (posiblemente parte de un juguete). Al indagar a la madre de LL, indica que desde hace más de un año ingiere objetos sin ningún valor nutricional: jabón, juguetes, tierras, tizas, etc. Como dato adicional es que LL presenta discapacidad intelectual moderada.

LL es referido a consulta psicológica y ha iniciado un programa de tratamiento basado en condicionamientos para controlar su conducta.

- d. Responda las siguientes interrogantes:

- ¿Qué trastorno presenta LL?
- ¿En qué se basa para llegar a esa conclusión?
- ¿Por qué cree que se colocó como dato adicional la discapacidad intelectual de LL?

- e. Puede debatir sus respuestas con el docente en el *chat* semanal de tutorías y consultas.

Nota. Por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

Actividad 2: Autoevaluación 4.

Estimado/a estudiante, lo invito a desarrollar la siguiente autoevaluación, la cual no es calificada; sin embargo, le recomiendo que la lleve a cabo para que ponga a prueba sus conocimientos sobre la temática.



Autoevaluación 4

1. ¿Cuál de los siguientes trastornos de la conducta alimentaria se caracteriza por ingerir sustancias no nutritivas y no alimentarias?
 - a. Pica.
 - b. Rumiación.
 - c. Anorexia nerviosa.
 - d. Bulimia.
2. En el trastorno de regurgitación:
 - a. La persona suele ingerir sustancias no nutritivas y no alimentarias.
 - b. La persona expulsa por la boca un alimento no digerido.
3. ¿Cuál de los siguientes trastornos muestra comorbilidad con la pica?
 - a. Tricotilomanía.
 - b. Trastorno negativista desafiante.
 - c. Discapacidad intelectual y trastorno del espectro autista.
4. La anorexia nerviosa presenta tres características básicas, seleccione la incorrecta:
 - a. La restricción de la ingesta energética persistente.
 - b. Miedo intenso a ganar peso o engordar.



- c. La presencia de atracones.
5. Las personas que han tenido rasgos obsesivos en la infancia son más proclives a desarrollar anorexia nerviosa.
- a. Verdadero.
b. Falso.
6. Los episodios recurrentes de atracones, los comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar y aumento de peso y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal son criterios diagnósticos de:
- a. La bulimia nerviosa.
b. La anorexia nerviosa.
c. La vigorexia.
d. Ninguna de las anteriores.
7. La bulimia nerviosa es más frecuente:
- a. En la adolescencia temprana.
b. En el adulto mayor.
c. En la niñez a la adolescencia temprana.
d. Entre la adolescencia tardía y la adultez temprana.
8. En la anorexia nerviosa de tipo restrictivo:
- a. El individuo ha tenido episodios recurrentes de vómitos autoprovocados, utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas.
b. El individuo pierde peso utilizando la dieta, el ayuno y/o ejercicio excesivo.



9. En la anorexia nerviosa de tipo con atracones/purgas:

- a. El individuo ha tenido episodios recurrentes de vómitos autoprovocados, utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas.
- b. El individuo pierde peso utilizando la dieta, el ayuno y/o ejercicio excesivo.



10. En la bulimia nerviosa la persona se encuentra siempre por debajo del peso normal.

- a. Verdadero.
- b. Falso.



[Ir al solucionario](#)

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 7

Actividades finales del bimestre

Apreciado estudiante, le invitamos a dedicar estas dos semanas al repaso de los temas abordados durante este bimestre. En esta semana revisaremos las dos primeras unidades: *Unidad 1: Aspectos diferenciales del comportamiento patológico en la infancia* y *Unidad 2: Trastornos del neurodesarrollo*. Posteriormente, en la semana 8, profundizaremos en las unidades 3 y 4.

A continuación, le invito a dar lectura al siguiente módulo didáctico:

[Resumen unidad 1 y 2](#)

Revise las actividades recomendadas enviadas a lo largo del bimestre; le permitirán recordar aspectos relevantes de las temáticas tratadas.



Semana 8

Actividades finales del bimestre

Estimado/a estudiante, Hemos llegado al final de este bimestre, y para consolidar los conocimientos adquiridos durante estas semanas, lo invito a repasar los contenidos de la *Unidad 3: Trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés* y *Unidad 4: Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos*.

A continuación, en el siguiente módulo didáctico encontrará un breve resumen de cada unidad, que le permitirá recordar los aspectos más relevantes.

[Resumen unidad 3 y 4](#)

No olvide revisar el manual DSM 5 (APA, 2014) para reforzar el contenido visto durante este primer bimestre.

Recuerde asistir a su centro universitario a rendir la prueba bimestral, que tiene una valoración de 10 puntos. En esta, se analizan solamente los contenidos estudiados en el primer bimestre.





Segundo bimestre



Resultado de aprendizaje 1 y 2:

- Identificar y diferenciar las características específicas de cada trastorno psicopatológico asociado a los niños y adolescentes.
- Determinar los criterios diagnósticos de cada trastorno psicopatológico asociados a la niñez y adolescencia.

Estimado/a estudiante, mediante el presente resultado de aprendizaje, usted será capaz de fijar con precisión los criterios diagnósticos asociados a los distintos trastornos psicopatológicos con afectación en niños y adolescentes. Además, de establecer diferencias entre cada grupo de trastornos.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas

Recuerde revisar de manera paralela los contenidos con las actividades de aprendizaje recomendadas y actividades de aprendizaje evaluadas.



Semana 9

Unidad 5. Trastornos de excreción

5.1. ¿Qué son los trastornos de excreción?

Hacen referencia a un grupo de trastornos en los que hay una eliminación inapropiada de orina y heces. Suele ser más común que se presenten en la infancia o adolescencia y en esta categoría se encuentran la enuresis y encopresis (APA, 2014).

5.2. Tipos de trastornos de excreción

Los trastornos que conforman esta categoría son la enuresis y encopresis.

5.2.1. La enuresis

Consiste en la emisión repetida de orina en lugares inapropiados, tales como la cama, la escuela, la calle. Puede haber estado presente toda la vida (primaria) o manifestarse después de que el individuo ha desarrollado continencia (secundaria) (APA, 2014).

Según el DSM 5 (APA, 2014), la enuresis se considera problemática cuando se presenta al menos dos veces por semana en un mínimo de tres meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico y otras áreas importantes de funcionamiento. Este trastorno se puede manifestar, únicamente en las noches (enuresis nocturna), solo en el día (enuresis diurna) o en el día y la noche (enuresis nocturna y diurna).

Existen diversos factores relacionados con la enuresis, entre ellos podemos mencionar el divorcio. Un estudio llevado a cabo en la ciudad de Ambato, Ecuador, refleja que la tasa de niños que relaciona la enuresis a causa del divorcio de sus padres puede llevar hasta un 74 % (Tamayo, 2014).

5.2.2. La encopresis

Consiste en la excreción repetida de heces en lugares inapropiados. Puede ser involuntaria, como suele suceder en la mayoría de los casos, o voluntaria, como pasa en algunas ocasiones. Tiene dos formas de presentación:

- **Con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento**, es decir, la deposición de heces es generalmente en forma involuntaria, debida a un estreñimiento que hace que el individuo, acumule las heces y se vayan eliminando de forma paulatina.
- **En la encopresis sin estreñimiento e incontinencia** por desdoblamiento, generalmente en la que no existen pruebas de estreñimiento, y se suele asociar a un trastorno negativista, desafiante o del comportamiento (APA, 2014).

En ocasiones estas dos manifestaciones se presentan juntas en una misma persona.

Para profundizar sobre estos dos trastornos, le recomiendo que revise el DSM 5 (APA, 2014) en el apartado denominado trastornos de la excreción. Le ayudará a comprender mejor la temática.



De igual forma, le sugiero revisar el siguiente artículo titulado [Trastornos de la eliminación: enuresis y encopresis](#) encontrará información adicional sobre estos trastornos, tales como: definiciones, posibles causas, tratamientos y casos clínicos.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Es hora de reforzar los conocimientos adquiridos resolviendo las siguientes actividades:

Actividad 1: elabore un ensayo acerca de la conceptualización, etiopatogenia y tratamiento de los trastornos de excreción.

Procedimiento:

- a. Acceda al documento titulado: [Trastornos de la eliminación: enuresis y encopresis](#).
- b. Se encontrará con un documento que le permite ampliar su conocimiento sobre los trastornos de excreción, ya que tiene amplias definiciones, analiza la posible etiopatogenia y señala algunos modelos de tratamiento.
- c. Se recomienda desarrollar un ensayo de dos hojas en el que se expongan los aspectos de los trastornos de excreción relacionados con: definición, etiopatogenia y principales tratamientos empleados. Recuerde que el ensayo consta de tres elementos: introducción, desarrollo y conclusión.

- d. Además, encontrará al final de este documento ciertas preguntas que plantean los autores para consolidar conocimientos, le recomiendo que las responda.
- e. Con esta actividad logrará consolidar los conocimientos sobre este grupo de trastornos.
- f. Finalmente, puede debatir su ensayo con el docente en el *chat* semanal de tutorías y consultas.

Nota. Por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

Actividad 2: Autoevaluación 5.

Estimado/a estudiante, lo invito a continuar con el aprendizaje desarrollando la presente autoevaluación, la cual no es calificada; sin embargo, le recomiendo que la lleve a cabo para que ponga a prueba sus conocimientos sobre la temática.



Autoevaluación 5

- 1. Los trastornos de excreción implican una eliminación apropiada o inapropiada de la orina y heces:
 - a. Apropiada.
 - b. Inapropiada.
- 2. Enuresis hace referencia en una eliminación inapropiada de heces.
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.
- 3. Encopresis hace referencia a una eliminación inapropiada de orina.
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.



4. En la enuresis el comportamiento es clínicamente significativo cuando se manifiesta con una frecuencia de al menos 2 veces por semana durante un mínimo de tres meses consecutivos:

- a. Verdadero.
- b. Falso.



5. ¿En la enuresis la edad cronológica debe ser de al menos 1 año?

- a. Verdadero.
- b. Falso.



6. ¿Cuál de los siguientes criterios respecto a la encopresis no es el correcto?

- a. Excreción repetida de heces en lugares inapropiados, ya sea de forma voluntaria o involuntaria.
- b. Al menos uno de estos episodios se produce cada mes durante un mínimo de tres meses.
- c. La edad cronológica es de por lo menos 9 años.



7. ¿Cuál de los siguientes no se corresponde con un tipo de encopresis?

- a. Con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento.
- b. Sin estreñimiento, pero con incontinencia por desbordamiento.
- c. Sin estreñimiento e incontinencia por desbordamiento.



8. ¿Las infecciones en las vías urinarias pueden ser comórbidas con la encopresis y son más frecuentes en niños?

- a. Verdadero.
- b. Falso.



9. Cuál de los siguientes trastornos pueden estar relacionados con la encopresis sin estreñimiento e incontinencia por desbordamiento:

- a. Trastorno depresivo y esquizoide.
- b. Trastorno de la conducta alimentaria.

- c. Trastorno negativista desafiante o trastorno de conducta.
- d. Ninguno de ellos.

10. Las infecciones urinarias pueden acompañar a la enuresis:

- a. Verdadero.
- b. Falso.

[Ir al solucionario](#)

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 10

Unidad 6. Trastornos de sueño, vigilia

6.1. ¿Qué son los trastornos del sueño vigilia?

El ritmo circadiano se caracteriza por generar en los seres vivos una serie de cambios durante un ciclo diario, y estos se presentan especialmente en respuesta a la luz, oscuridad o temperatura del ambiente. El sueño forma parte de un ritmo circadiano entre dos estados: el estar despierto (vigilia) y el estar dormido (sueño) (National Institute of General Medical Sciences, 2017). Además, es un proceso de vital importancia para el organismo (Solari, 2015).

Los trastornos que afectan al ciclo sueño-vigilia se caracterizan por generar insatisfacción en la calidad, horario y cantidad del sueño. Generan malestar durante el día y deterioro en los distintos aspectos de la vida del individuo, se pueden acompañar de depresión, ansiedad y cambios cognitivos (APA, 2017).

Al igual que sucede en adultos, la mayoría de los niños atraviesan un periodo durante el cual manifiestan alteraciones del sueño. Esto puede llegar a generar frustración en los padres que no saben cómo enfrentarse al problema (Caballo y Simon, 2006).



6.2. Características del sueño

El sueño es un proceso cuya cantidad y calidad varían notablemente entre individuos y con la edad. Por ejemplo, notarán ustedes que amigos o familiares refieren sentirse descansados con tiempos diferentes de sueño. Ahora bien, en el sueño encontramos ciertas fases, cada una de las cuales tiene características propias.

Cuando un individuo está despierto, el registro electroencefalográfico se caracteriza por una elevada frecuencia (14-20 Hz) de baja amplitud y sin ritmo, denominada ondas beta (Caballo y Simon, 2006).

A medida que la persona cierra los ojos y se relaja, aparece otro ritmo. Las ondas se muestran sinusoidales con oscilaciones entre 8-13 Hz de mayor voltaje de las betas y se denominan ondas Alfa, conforme va aumentando la relajación, la frecuencia del electroencefalograma cambia a 4-7 Hz, lo que caracteriza a las ondas theta. Aquí van desapareciendo las ondas alfa y comienza la fase 1 del sueño (Caballo y Simon, 2006).

La fase 2 del sueño se caracteriza por las mismas ondas theta de la fase 1 y la presencia de husos del sueño y complejos K (un huso del sueño son períodos cortos donde el individuo experimenta ondas de 14-16 Hz cada 0.5- 3 segundos, mientras que el complejo K es una repentina espiga bipolar de elevada amplitud y de al menos 1.5 segundos de duración) (Caballo y Simon, 2006).

Después de aquello aparecen los ritmos delta 1-3 Hz. Estos ritmos se asocian con sueño muy profundo o coma y caracterizan a las fases 3 y 4. En estas cuatro fases no hay movimientos oculares rápidos (Caballo y Simon, 2006).

Aproximadamente 90 minutos después del comienzo del sueño, el EEG y las conductas de sueño cambian drásticamente aparecen movimientos rápidos en los ojos, en la cara y extremidades, pequeñas contracciones y si se despierta al individuo recordará el sueño de forma vívida, esta fase se conoce como sueño REM (Caballo y Simon, 2006).

6.3. Tipos de trastornos del sueño-vigilia

En la categoría trastornos del sueño vigilia encontramos 10 trastornos que comparten la característica de causar un deterioro clínicamente significativo en la vida del individuo, entre ellos tenemos:

6.3.1. Trastorno de insomnio

La característica principal es que el individuo refiere quejas para conciliar o mantener el sueño, así como una insatisfacción con la cantidad y calidad del sueño (APA, 2014).

6.3.2. Trastorno de hipersomnia

El individuo presenta una excesiva cantidad de sueño, alteración de la calidad de la vigilia e inercia del sueño (APA, 2014).

6.3.3. Narcolepsia

Hace referencia a una necesidad irrefrenable de dormir que aparece característicamente a diario y debe ocurrir como mínimo tres veces por semana durante al menos 3 meses (APA, 2014).

6.3.4. Trastornos del sueño relacionados con la respiración

El individuo presenta dificultades para respirar por obstrucción de las vías respiratorias y se levanta de forma constante a causa de ello. Entre las causas se encuentran obesidad, hipertrofia de amígdalas, trastornos maxilofaciales. Estos trastornos engloban la apnea e Hipona obstructiva del sueño (episodios repetidos de obstrucción de las vías aéreas altas), apnea central del sueño (e hipoventilación relacionada con el sueño) (APA, 2014).

6.3.5. Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia

En este grupo de trastornos existe un patrón continuo o recurrente de interrupción del sueño debido a una alteración del sistema circadiano o a un alineamiento defectuoso entre el ritmo circadiano endógeno y la sincronización, sueño vigilia (APA, 2014).



6.3.6. Trastornos del despertar del sueño no REM

Se caracteriza por la presencia repetida de despertares incompletos que se dan antes de que la persona logre el sueño REM (generalmente en el primer tercio del periodo principal del sueño).



Pueden ir acompañados de sonambulismo o terrores nocturnos. A diferencia del trastorno del comportamiento del sueño REM, la persona no recuerda vívidamente el contenido del sueño (APA, 2014).



6.3.7. Trastorno de pesadillas

El individuo experimenta pesadillas prolongadas, elaboradas en forma de historias que parecen reales y provocan miedo o ansiedad (APA, 2014).



6.3.8. Trastorno del comportamiento del sueño REM

A diferencia del trastorno del despertar del sueño no REM que se produce generalmente en etapas iniciales del sueño, este se presenta en la etapa final. Se caracteriza por periodos continuos de despertar, a menudo acompañado de vocalizaciones o movimientos complejos (APA, 2014).



6.3.9. Síndrome de las piernas inquietas

La persona describe una necesidad urgente de mover las piernas acompañada o en respuesta a sensaciones incómodas y desagradables en las extremidades inferiores (APA, 2014).

6.3.10. Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos

Las alteraciones en el sueño que se dan en este trastorno son debidas a la intoxicación por una sustancia o la abstinencia de la misma (APA, 2014).

Para ampliar esta información le recomiendo que revise el DSM 5 (2014), especialmente el apartado correspondiente a trastornos del sueño-vigilia.



Además, le sugiero que revise el siguiente artículo titulado [Bases anatómicas del sueño](#), donde encontrará información adicional sobre estos trastornos, tales como: fases del sueño, estructuras anatómicas implicadas, repaso histórico de los estudios llevados a cabo en la materia.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Le invito a reforzar sus conocimientos, participando en las siguientes actividades:

Actividad 1: elabore un mapa conceptual sobre las fases del sueño, estructuras anatómicas y los principales neurotransmisores implicados en el sueño.

Procedimiento:

- a. Acceda al artículo titulado: [Bases anatómicas del sueño](#).
- b. Se encontrará con un documento que le permite ampliar su conocimiento sobre los trastornos del sueño-vigilia, especialmente en lo referente a fases del sueño y áreas anatómicas implicadas.
- c. Le recomiendo que lea todo el documento y elabore un mapa conceptual que permita visualizar cada fase del sueño y sus principales características, así como las estructuras anatómicas implicadas en el sueño y los principales neurotransmisores.
- d. Con esta actividad logrará consolidar los conocimientos sobre este grupo de trastornos, especialmente lo referente a las fases del sueño.

Esto le permitirá entender de mejor manera los términos empleados en el **DSM 5 (APA,2014)**.

- e. Puede compartir con su docente el mapa conceptual, quien estará gustoso de revisarlo.

Nota. Por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

Actividad 2: Autoevaluación 6.

Realice la autoevaluación para comprobar sus conocimientos.



Autoevaluación 6

1. En el sueño no REM se presentan 4 fases:

- a. Verdadero.
- b. Falso.

2. El DSM 5 reconoce trastornos del ciclo sueño-vigilia:

- a. 1.
- b. 2.
- c. 8.
- d. 10.
- e. 11.

3. En el trastorno de hipersomnia existe una poca cantidad de sueño, el individuo duerme por periodos máximos de tres horas:

- a. Verdadero.
- b. Falso.

4. La apnea se refiere a:

- a. Ausencia total del flujo aéreo.
- b. Reducción del flujo aéreo.
- c. Ninguno de los dos.



5. La apnea o hipopnea obstructiva del sueño, constituye:



- a. Un trastorno del sueño relacionado con la respiración.
- b. Un trastorno de narcolepsia.
- c. Un trastorno de hipersomnia.
- d. Un trastorno del ritmo circadiano sueño-vigilia.

6. Los trastornos del despertar del sueño no REM son un tipo de parasomnias:



- a. Verdadero.
- b. Falso.

7. En el trastorno de pesadillas algo característico es no recordar las pesadillas de forma vívida al despertar.



- a. Verdadero.
- b. Falso.

8. El trastorno de pesadillas es más frecuente en:



- a. La infancia.
- b. La adolescencia.
- c. La adultez.

9. ¿Cuál de los siguientes criterios no pertenece al síndrome de piernas inquietas?

- a. Necesidad urgente de mover las piernas que se alivia parcial o totalmente con el movimiento.
- b. La necesidad urgente de mover las piernas comienza o empeora durante los periodos de reposo o inactividad.
- c. La necesidad de mover las piernas es mayor durante el día que en la tarde o noche.

10. En el trastorno de sueño inducido por sustancias/ medicamentos, la alteración se produce exclusivamente en el curso de un delirio.

- a. Verdadero.
- b. Falso.

[Ir al solucionario](#)

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 11

Unidad 7. Trastornos disruptivos, del control de impulsos y la conducta

7.1. ¿Qué caracteriza a los trastornos disruptivos, del control de impulsos y la conducta?

La característica principal de estos trastornos son los problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones. Los trastornos de estos apartados se traducen en conductas que violan los derechos de los demás, o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o figuras de autoridad. Este grupo de trastornos son más comunes en el sexo masculino que femenino y tienden a iniciarse en la infancia o adolescencia (APA, 2014).

7.2. Tipos de trastornos disruptivos, del control de impulsos y la conducta

Entre los trastornos disruptivos, del control de impulsos y la conducta, se encuentran:

- El trastorno negativista desafiante.
- El trastorno explosivo intermitente.
- El trastorno de conducta.
- El trastorno de personalidad antisocial.

- La piromanía.
- La cleptomanía.
- Y otros trastornos disruptivos, del control de impulsos y la conducta especificada y no especificada.

La presente semana se describirán los tres primeros trastornos y en la semana siguiente los restantes.

7.2.1. Trastorno negativista desafiante

Este trastorno se caracteriza por un patrón frecuente y persistente de enfado/ irritabilidad y discusiones /actitudes desafiantes o vengativas. Las personas que tienen este trastorno pueden estar circunscritos a un único entorno y es frecuente que este sea la casa; sin embargo, en los casos más graves, la conducta problemática se manifiesta en varios entornos (APA, 2014).

La conducta problemática en el trastorno negativista desafiante está presente durante por lo menos seis meses y deben estar presentes al menos cuatro de los síntomas siguientes:

1. A menudo pierde la calma.
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
3. A menudo está enfadado y resentido.
4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.
7. A menudo culpa a los demás por sus errores o mal comportamiento.
8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

7.2.2. El trastorno explosivo intermitente

Este trastorno se caracteriza por la presencia de arrebatos agresivos impulsivos (o basados en la ira) que tienen un inicio rápido y típicamente un escaso o nulo periodo prodrómico. Los arrebatos suelen durar menos de 30 minutos y se producen en respuesta a una pequeña provocación (APA, 2014).

Para poder diagnosticar este trastorno, deben estar presentes:

- Una agresión verbal o física durante un periodo de dos veces por semana, durante un periodo de tres meses, o.
- Tres arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidas en los últimos doce meses (APA,2014).

7.2.3. Trastorno de conducta

Este trastorno se caracteriza por un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de los otros, las normas o reglas sociales propias de la edad. Entre las conductas que puede manifestar una persona con el trastorno se encuentran: agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo o incumplimiento grave de las normas. Existen tres subtipos de este trastorno, los cuales se establecen basándose en la edad.

- **De inicio infantil:** los niños muestran los síntomas característicos del trastorno antes de cumplir diez años.
- **De inicio adolescente:** los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno antes de cumplir los diez años.
- **De inicio no especificado:** se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe información suficiente para determinar si los síntomas aparecieron antes de los 10 años.

Además, hay tres tipos de gravedad en este trastorno.

- **Leve:** el daño que se provoca a los demás es relativamente menor (mentiras, regresar tarde sin permiso).
- **Moderado:** el daño producido tiene efectos de gravedad intermedia sobre los demás (robo sin enfrentamiento, vandalismo).
- **Grave:** El daño provocado a los demás es considerado (atraco, abuso sexual, uso de armas) (APA, 2014).



Para una mejor comprensión de la temática es recomendable que se contacte con el docente para que despeje sus dudas y revise el **DSM 5 (APA, 2014)** en el apartado trastornos disruptivos, del control de impulsos y la conducta.



Actividad de aprendizaje recomendada

Es momento de aplicar su conocimiento a través de la actividad que se ha planteado a continuación:

Elabore un caso clínico sobre el trastorno negativista desafiante según las indicaciones otorgadas por el docente.

Procedimiento:

- a. Estimado/a estudiante, revise la información sobre Trastornos disruptivos, del control de impulsos y la conducta y más específicamente el trastorno negativista desafiante.
- b. Revise con atención cada uno de los criterios diagnósticos del trastorno en cuestión, además recuerde analizar cuestiones de prevalencia, curso, características que apoyan el diagnóstico.
- c. En un documento de Word en formato A4 con 1,5 de interlineado, elabore un caso clínico siguiendo estas instrucciones.
 - Individuo de 12 años.
 - Pérdida de calma.

- Se molesta con facilidad.
 - Desafía las normas del hogar.
 - Discute constantemente con sus padres.
 - El trastorno está generando alteraciones a nivel social.
 - Problemas solo en la casa, no en otros entornos.
- d. Con la información proporcionada forme un caso clínico detallado, recuerde incluir más síntomas e información si así lo desea. El objetivo es que entrene sus habilidades para generar un caso clínico.
- e. Si desea intercambiar su caso clínico con otro compañero del curso, además puede debatirlo con el docente en el espacio semanal de tutorías y consultas.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 12

Estimado/a estudiante, la presente semana procederemos a analizar los siguientes trastornos: el trastorno de personalidad antisocial, la piromanía, la kleptomanía y otros trastornos disruptivos, del control de impulsos y la conducta especificada y no especificada.

Unidad 7. Trastornos disruptivos, del control de impulsos y la conducta

7.2. Tipos de trastornos disruptivos, del control de impulsos y la conducta

7.2.4. Trastorno de personalidad antisocial

Este trastorno es particular, ya que, como podrá evidenciar, se encuentra doblemente codificado en el DSM 5 (APA, 2014), tanto en el apartado “Trastornos disruptivos, del control de impulsos y la conducta” así como en los “Trastornos de personalidad”.

El trastorno de personalidad antisocial se caracteriza por un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás que comienza en la infancia o adolescencia y continúa en la edad adulta. También ha sido llamado sociópata o psicopatía. Es importante recordar que para poder diagnosticar este trastorno, el individuo debe tener al menos 18 años y antecedentes de algunos de los síntomas antes de los 15 años. El individuo con trastornos de la personalidad antisocial con frecuencia no experimenta empatía, por lo que los sentimientos, derechos y sufrimiento de los demás le son ajenos (APA, 2014).

El trastorno antisocial es más común en hombres que mujeres y se manifiesta a través de: actuaciones repetidas que son motivo de detención, impulsividad o fracaso para planear. Desatención a la seguridad propia o de los demás, engaño, irresponsabilidad constante o ausencia de remordimiento (APA, 2014).

7.2.5. Piromanía

La característica principal del trastorno de piromanía es la provocación deliberada e intencionada de incendios, manera de actuar que se presenta de forma repetitiva. El provocar el incendio o participar en sus consecuencias generan una gran sensación de satisfacción al individuo. Es importante recalcar que no se obtiene ningún beneficio económico o judicial de ello, tampoco se busca defender una ideología sociopolítica o religiosa (APA, 2014).



La piromanía suele presentarse más en hombres, especialmente los que tienen dificultades en habilidades sociales o problemas de aprendizaje.

7.2.6. Cleptomanía

En la cleptomanía hay una incapacidad reiterada de resistir el impulso a robar objetos. El robo no se efectúa por el valor monetario ni para obtener beneficios personales, tampoco es una respuesta a alucinaciones o delirios, el individuo incluso puede permitirse comprar el objeto robado (APA, 2014).

Hay un alto grado de tensión antes de cometer el acto delictivo que disminuye o sustituye por sentimientos de gratificación una vez que se ha robado. Podría decirse que la conducta de la persona con cleptomanía es impulsiva, no planificada y suele surgir de forma repentina. Este trastorno, a diferencia de los otros analizados en este epígrafe, es más frecuente en mujeres. La persona afectada por este trastorno suele experimentar vergüenza o culpa luego de cometer el acto, acumula los objetos en casa o los devuelve a escondidas (APA, 2014).

Para más información sobre esta temática, revise el DSM 5 (APA, 2014) en el apartado trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta.

Además, le recomiendo que analice el siguiente artículo titulado [Los avatares presentados en el tratamiento de los trastornos disruptivos en población infantil](#) de los autores Arango, Marín, Saldarriaga y Sierra, le permitirá conocer a través de una revisión literaria los tratamientos utilizados en estos trastornos a lo largo del tiempo y su eficacia.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Le invito a reforzar sus conocimientos, participando en las siguientes actividades:

Actividad 1: participe en la actividad titulada: “Avatares presentados en el tratamiento de los trastornos disruptivos en población infantil”.

Procedimiento:

- a. Acceda al artículo titulado: [los avatares presentados en el tratamiento de los trastornos disruptivos en población infantil](#).
- b. Participe en el siguiente *quiz* titulado: Avatares en trastornos infantiles disruptivos, para poner a prueba los conocimientos adquiridos.

[Avatares en trastornos infantiles disruptivos](#)

Actividad 2: Autoevaluación 7.

Estimado/a estudiante, lo invito a continuar con el aprendizaje desarrollando la presente autoevaluación, la cual no es calificada; sin embargo, le recomiendo que la lleve a cabo para que ponga a prueba sus conocimientos sobre la temática.



[Autoevaluación 7](#)

1. Qué trastorno se encuentra doblemente codificado en el DSM 5, tanto en los “trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta” así como en lo “trastornos de personalidad”.
 - a. Trastorno antisocial.
 - b. Trastorno de la conducta.
 - c. Trastorno narcisista de la personalidad.
 - d. Trastorno negativista desafiante.
2. El trastorno negativista desafiante es más frecuente en:
 - a. Hombres.
 - b. Mujeres.
3. En el trastorno explosivo intermitente están presentes agresiones verbales y físicas en promedio dos veces por semana durante un periodo de tres meses:
 - a. Verdadero.

- b. Falso.
4. En el trastorno explosivo intermitente hay un inicio:
- a. Rápido y un escaso o nulo periodo prodrómico.
 - b. Lento, siempre acompañado de un periodo prodrómico.
5. ¿Cuál de las siguientes categorías no está presente en el trastorno de la conducta?
- a. Agresión a personas y animales.
 - b. Destrucción de la propiedad privada.
 - c. Engaño o robo.
 - d. Narcisismo.
 - e. Incumplimiento grave de las normas.
6. La piromanía es un trastorno caracterizado por:
- a. Daño a otras personas y a animales.
 - b. Incumplimiento de normas o reglas.
 - c. Provocar incendios de forma deliberada e intencionada.
 - d. Ninguno de los anteriores.
7. En la piromanía el individuo busca.
- a. Una retribución económica.
 - b. Cobrar un seguro médico.
 - c. Provocar incendios por la satisfacción o gratificación que les producen.
 - d. Ninguno de los anteriores.
8. La kleptomanía es más frecuente en:
- a. Mujeres con proporción 3:1.
 - b. Hombres con proporción 3:1.

9. La imposibilidad de resistir el impulso de robar objetos, aunque estos no sean necesarios para su uso personal ni por su valor monetario, es característico de:

- a. La piromanía.
- b. La cleptomanía.
- c. El trastorno disocial.
- d. Ninguno de los anteriores.



10. En la cleptomanía:

- a. Hay un fracaso recurrente para resistir el impulso de robar.
- b. Se genera una gran satisfacción o placer luego de cometer el robo.
- c. El robo no busca expresar rabia, retribución económica o venganza.
- d. Todas las anteriores.



[Ir al solucionario](#)

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 13

Unidad 8. Disforia de género y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

En este apartado hemos agrupado una serie de alteraciones que requieren atención especial, pues tienen importantes implicaciones en el desarrollo de los niños y adolescentes. En la presente semana se abordará la disforia de género y la próxima semana otros trastornos que pueden ser objeto de atención clínica.

8.1. Disforia de género

En la disforia de género se presenta inexperiencia subjetiva y generalizada de sentir que el género asignado al nacer (el género natal) es incorrecto.

El individuo con disforia de género considera que ha nacido en un cuerpo equivocado, puede vestirse, adoptar las maneras, intereses, juegos o respuestas sociales del género deseado. Según el DSM 5, es muy común para estas personas experimentar rechazo, burlas, ridículo o amenazas por parte del entorno social (APA, 2014).

La disforia de género puede presentarse desde etapas tempranas de la vida, los infantes prefieren ropas, peinados o juegos asignados al género deseado, en la vida adulta podría someterse a operaciones quirúrgicas con el fin de modificar la apariencia y que esté acorde a la deseada, aunque esto no sucede en todos los casos (APA, 2014).

Ahora bien, haciendo un análisis referente a la situación del país sobre las personas con disforia de género, si bien es cierto, se han emprendido una serie de reformas legales encaminadas a lograr igualdad e inclusión, sin embargo, no existe una figura legal que reconozca a las personas que no se sienten de acuerdo con su sexo asignado (Andrade, 2015).



Para más información sobre el trastorno le recomiendo revisar el apartado disforia de género, en el DSM 5 (APA, 2014). Es muy importante, especialmente en este tipo de cuestiones y los relacionados con la sexualidad, que adopte una postura crítica para el análisis, evitando todo tipo de sesgos.



Actividad de aprendizaje recomendada

Continuemos con el aprendizaje mediante su participación en la actividad que se describe a continuación:

Elabore un organizador gráfico sobre las características principales de la disforia de género.

Procedimiento:

- a. Para la presente actividad, revise el apartado correspondiente a disforia de género.
- b. Extraiga las ideas principales en referencia al trastorno.
- c. Elabore un organizador gráfico, en el cual contenga los elementos más importantes de la disforia de género, tales como descripción, prevalencia, curso, etc.
- d. Esta actividad le permitirá sintetizar la información sobre la temática y permite recordarla fácilmente mediante el uso de elementos visuales.
- e. Puede debatir su organizador gráfico con el docente, mediante en el *chat* de tutorías y consultas semanales.

Nota. Por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 14

Unidad 8. Disforia de género y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

8.2. Otros problemas pueden ser objeto de atención clínica

Esta semana se tratarán otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. Las afecciones que encontrará en este apartado no son trastornos mentales, constituyen problemas adicionales que se pueden encontrar en la práctica clínica. La importancia de que el psicólogo, detecte este tipo de problemas radica en el hecho de que su presencia puede influir en el diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental (APA, 2019).

8.2.1. Problemas de relación

El DSM 5 ha establecido un sistema de codificación para problemas que pueden surgir en las relaciones de pareja o entre parent/cuidador y niños. Un problema en la relación es objeto de atención clínica porque a veces es el motivo de visita del individuo a consulta, o este problema relacional afectará al curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental o médico (APA, 2014).

Entre los problemas de relación destacan: problemas relacionados con la educación familiar y otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario.

8.2.2. Problemas relacionados con la educación familiar

Se utiliza esta categoría, hay una afectación en el niño debido a problemas en el ambiente familiar, tales como una mala relación con su parent/cuidador; con sus hermanos; cuando los desacuerdos entre los padres tienen efectos negativos en el infante; o cuando el menor está siendo educado lejos de sus padres/cuidadores (APA, 2014).

8.2.3. Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario

En esta categoría se incluyen los problemas debido a mantener una relación conflictiva con la pareja; el vivir separado de la pareja a causa de problemas de relación o divorcio; cuando el entorno familiar se muestra hostil, con intromisiones o críticas hacia el paciente; o cuando hay un duelo no patológico es decir la reacción normal por la muerte de un ser querido (APA, 2014).

8.2.4. Maltrato y negligencia

El DSM 5 (APA, 2014) hace referencia a problemas derivados del maltrato y negligencia tanto para niños como adultos. En el presente apartado nos referiremos únicamente a los primeros.

El maltrato por parte de un miembro o no de la familia es un elemento importante para evaluar en pacientes con un trastorno mental o médico de cualquier tipo. Es necesario estar seguro de que existan estos elementos debido a las implicaciones legales existentes (APA, 2014).

8.2.5. El maltrato físico infantil

Es una lesión que puede ir desde las leves a las fatales y que se da en un niño de manera intencionada. Es importante manifestar que el DSM 5 (APA, 2014) no considera maltrato infantil a una tunda (zurra) o bofetada mientras sea razonable y no genere ninguna lesión física.

8.2.6. Abuso sexual infantil

En lo que concierne al abuso sexual infantil se entiende a cualquier actividad sexual con un menor que incluye el contacto sexual acompañado por la fuerza o amenaza de usarla con independencia de la edad de los participantes, y cualquier contacto sexual entre un niño y adulto con independencia de que haya engaño o la víctima comprenda la naturaleza sexual de la actividad (APA, 2014).

8.2.7. Negligencia infantil

En lo que concierne a la negligencia infantil, la misma se refiere a cualquier acto atroz u omisión por parte del progenitor o cuidador que priven al niño de alguna necesidad básica y tenga la probabilidad de generarle un daño físico o psicológico (APA, 2014).

8.2.8. Maltrato psicológico infantil

En lo que respecta al maltrato psicológico infantil, consisten en actos no accidentales, verbales o simbólicos que tienen el potencial de generar daños psicológicos en el niño y son generados por sus padres o cuidadores. Los daños generados por estos actos pueden llegar a ser similares a los ocasionados en maltratos físicos (APA, 2014).

8.2.9. Problemas educativos y laborales

En esta categoría se encuentran todos los problemas, ya sean educativos (analfabetismo, bajo rendimiento académico, falta de acceso a la escolaridad, suspensión, de exámenes, malas notas, discusiones con el personal de la escuela) o laborales (desempleo, cambios de puesto de trabajo, insatisfacción laboral, asedio sexual en el trabajo, entorno laboral hostil) (APA, 2014).

8.2.10. Problemas de vivienda o económicos

En esta categoría se incluirán aquellos problemas que guardan relación con la vivienda (personas que carecen de un hogar o residencia permanente, que se encuentran en un alojamiento sin condiciones adecuadas) o problemas relacionados con lo económico (personas que no reciben apoyo social o asistencia pública) (APA, 2014).

8.2.11. Otros problemas relacionados con el entorno social

En esta categoría se encuentran los problemas que tienen que ver con: adaptaciones en una fase del desarrollo determinada, dificultades para adquirir una nueva cultura, ser excluido por parte del grupo social, el ser discriminado por la pertenencia a un grupo específico (APA, 2014).

8.2.12. Otros problemas relacionados con la delincuencia o interacción con el sistema legal

Se incluyen aquí los problemas relacionados con ser víctima de delincuencia, tener una sentencia civil, encarcelamiento u otras circunstancias legales (APA, 2014).

8.2.13. Otros encuentros con los servicios sanitarios para asesoramiento y consejo médico

En esta categoría se incluye cuando el individuo desea orientación relacionada con la sexualidad u otras problemáticas, ya sean espirituales, religiosas, dietéticas, etc. (APA, 2014).

8.2.14. Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales, personales o ambientales

En esta categoría se incluyen problemas relacionados con la pérdida de fe, cuestionamientos sobre la religión. Problemas relacionados con embarazos no deseados, exposición a catástrofes, otras circunstancias psicosociales (APA, 2014).

8.2.15. Otras circunstancias de la historia personal

Aquí se incluyen los problemas relacionados con el estilo de vida (poco ejercicio, dietas inadecuadas, comportamiento sexual de riesgo). También el comportamiento antisocial del niño o adolescente está en esta categoría siempre y cuando este no sea debido a un trastorno mental (trastorno de conducta, trastorno intermitente explosivo) (APA, 2014).

En esta categoría se incluyen además problemas debidos al incumplimiento del tratamiento médico. Sobrepeso u obesidad; simulación o funcionamiento intelectual límite (APA, 2014).



Para ampliar información sobre esta temática le recomiendo revisar el DSM 5 (APA, 2014) específicamente en el apartado titulado: “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Reforzemos el aprendizaje resolviendo las siguientes actividades.

Actividad 1: elabore un caso clínico utilizando cualquiera de las afecciones contempladas en la categoría: “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”.

Procedimiento:

- a. Una vez analizada la categoría “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”, usted se percatará de que las alteraciones descritas en este epígrafe pueden complementar un diagnóstico psicológico. Por ello, para esta actividad se le sugiere relatar un caso clínico ficticio sobre cualquiera de los trastornos analizados a lo largo del bimestre (trastornos de ansiedad, depresión, de la conducta alimentaria, etc.).
- b. Una vez hecho lo anterior, añada al caso cualquiera de los problemas que pueden ser objeto de atención clínica (maltrato infantil, negligencia, problemas laborales, pérdida de fe, etc.).
- c. Intercambie el caso clínico cualquiera con algún compañero, lo que le permitirá ejercitarse sus habilidades diagnósticas.
- d. Con esta actividad logrará consolidar los conocimientos sobre este grupo de trastornos, especialmente lo que refiere a otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Nota. Por favor, complete la actividad en un cuaderno o documento Word.

Actividad: Autoevaluación 8.

Le invito a reforzar sus conocimientos, participando en la siguiente autoevaluación.



Autoevaluación 8

1. Los problemas que se encuentran en la categoría “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica” se consideran trastornos mentales.
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.
2. Las afecciones o problemas contenidos en la categoría “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica” pueden afectar de alguna u otra forma al diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental de un paciente:
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.
3. Los problemas de relación abarcan:
 - a. Problemas que se dan entre padres/cuidadores e hijos.
 - b. Problemas que se dan entre hermanos.
 - c. Problemas debido a una educación lejos de los padres.
 - d. Problemas en el niño debido a una relación parental conflictiva.
 - e. Todos los anteriores.
4. Según el DSM 5 (APA, 2014), el hecho de recibir una educación lejos de los padres puede constituir un problema en algunos casos:
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.



5. A qué hace referencia el duelo no complicado (una de las afecciones que se encuentran en los problemas de relación).



- a. Hace referencia a una reacción normal debido a la muerte de un ser querido.
- b. Hace referencia a un duelo patológico, en el que indudablemente se presentan síntomas de la depresión mayor.
- c. Ninguna de las anteriores.

6. Según la categoría maltrato físico infantil, debe haber una lesión accidental infringida a un niño:



- a. Verdadero, la lesión debe ser accidental para catalogarse un maltrato físico infantil.
- b. Falso, la lesión infringida al niño debe ser intencional.

7. Según el DSM 5 (APA, 2014), las actividades sexuales con un menor que están destinadas a proporcionar satisfacción sexual a uno de los padres, cuidadores o cualquier otro individuo que tenga alguna responsabilidad sobre el niño se conocen como:



- a. Maltrato físico infantil.
- b. Abuso sexual infantil.
- c. Maltrato psicológico infantil.

8. En la categoría “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica” se encuentran los problemas de vivienda o económicos, estos incluyen los maltratos físicos que un menor recibe por parte de sus padres/ cuidadores:



- a. Verdadero.
- b. Falso.

9. Los problemas relacionados con el estilo de vida se encuentran en la categoría “otras circunstancias de la historia personal”.

- a. Verdadero.

- b. Falso.
10. En el abuso sexual infantil hay un acto atroz u omisión por parte de un progenitor o cuidador, confirmado o sospechado, que prive al niño de alguna necesidad básica correspondiente a su edad y en consecuencia haya la probabilidad de provocar un daño físico o psicológico en el niño:
- a. Verdadero.
- b. Falso.

[Ir al solucionario](#)



Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 15

Actividades finales del bimestre

Apreciado estudiante, dedique estas dos semanas a terminar de estudiar los temas revisados durante este bimestre. En la presente semana revisaremos las unidades 5 y 6, para, posteriormente, en la semana 16, revisar la unidad 7 y 8.

- **Unidad 5.** Trastornos de excreción.
- **Unidad 6.** Trastornos de sueño, vigilia.
- **Unidad 7.** Trastornos disruptivos, del control de impulsos y la conducta.
- **Unidad 8.** Disforia de género y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Estimado/a estudiante, para reforzar los temas estudiados durante estas semanas, lo invito a realizar las siguientes actividades:

Actividad 1: Revisar el siguiente módulo didáctico donde se resumen los contenidos abordados.

[Resumen unidad 5 y 6](#)

Actividad 2: Conéctese en el chat de tutoría para despejar dudas al respecto.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje recomendadas



Semana 16

Actividades finales del bimestre

Estimado/a estudiante, hemos llegado al final de este bimestre y para poder afianzar los conocimientos adquiridos durante estas semanas, lo invito a participar de las siguientes actividades:



Actividades de aprendizaje recomendadas

1. Revise los contenidos correspondientes al segundo bimestre en el manual DSM 5 (APA, 2014).
2. De lectura al siguiente módulo didáctico donde se resumen las dos últimas unidades.

[Resumen unidad 7 y 8](#)

Recuerde asistir a su centro universitario a rendir la prueba bimestral, que tiene una valoración de 10 puntos. En esta, se analizan solamente los contenidos estudiados en el segundo bimestre.





4. Autoevaluaciones

Autoevaluación 1

| Pregunta | Respuesta | Retroalimentación |
|----------|-----------|---|
| 1 | c | DSM 5 es el nombre del nuevo manual diagnóstico de la APA. |
| 2 | Verdadero | En efecto, hubo cambios en las denominaciones de algunos trastornos entre el DSM-IV y el DSM-5. |
| 3 | a | Los trastornos de la eliminación ahora se conocen como trastornos de expulsión. |
| 4 | Verdadero | El nuevo manual DSM 5 cambia la categoría "retraso mental" por "discapacidad intelectual". |
| 5 | f | Dentro de la categoría trastornos del neurodesarrollo ahora se incluyen: discapacidades intelectuales, trastornos del lenguaje, trastornos fonológicos, trastornos del espectro autista, trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. |
| 6 | Falso | La categoría "trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia" desaparece en el nuevo manual diagnóstico DSM 5. |
| 7 | Falso | Generalmente, un trastorno mental que no recibe tratamiento tiene repercusiones en la vida adulta. |
| 8 | Falso | No, ahora se encuentran en una categoría propia. |
| 9 | Verdadero | Sí, ahora el trastorno de ansiedad por separación está dentro de los trastornos de ansiedad. |
| 10 | d | El mutismo selectivo se clasifica ahora como un trastorno de ansiedad en lugar de ser parte de los trastornos del lenguaje, trastornos de la comunicación o trastornos disléxicos. |

[Ir a la autoevaluación](#)

Autoevaluación 2

| Pregunta | Respuesta | Retroalimentación |
|----------|-----------|---|
| 1 | Verdadero | Reconocer y abordar estos desafíos desde una edad temprana es crucial para facilitar un desarrollo saludable y maximizar el bienestar a lo largo del tiempo. Considerar estrategias preventivas y de intervención temprana puede marcar una gran diferencia en el futuro de los niños y adolescentes. |
| 2 | Falso | También debe presentarse déficits en el funcionamiento adaptativo. |
| 3 | Falso | En el TDAH la articulación de palabras no es una característica fundamental para el diagnóstico. |
| 4 | a | Un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad - impulsividad. |
| 5 | Verdadero | En la dislexia se presentan problemas con el reconocimiento de las palabras en forma precisa o fluida, deletrear mal y poca capacidad ortográfica. |
| 6 | c | En el trastorno de movimientos estereotipados existen movimientos o vocalizaciones súbitas, rápidas, recurrentes y no rítmicas. |
| 7 | Falso | El trastorno de Tourette pertenece a la categoría trastornos de tics. |
| 8 | Falso | En los trastornos de tics también se pueden presentar movimientos. |
| 9 | b | Cuando se presenta un comportamiento repetitivo, aparentemente guiado y sin objetivo, hablamos de un trastorno de movimientos estereotipados. |
| 10 | Verdadero | En el trastorno de desarrollo de la coordinación puede haber un retraso para habilidades motoras (pedalear, abrocharse la camisa, usar escaleras) en comparación a otros niños de la misma edad. |

[Ir a la autoevaluación](#)

Autoevaluación 3

| Pregunta | Respuesta | Retroalimentación |
|----------|-----------|---|
| 1 | d | Los eventos traumáticos o estresantes invariablemente debe estar presente en un trastorno de estrés postraumático. |
| 2 | Falso | Tienen su propia categoría “Trastornos por estrés”. |
| 3 | c | 1 mes es el tiempo mínimo para diagnosticar trastorno de estrés agudo. |
| 4 | c | El trastorno disfórico premenstrual, trastorno que afecta a las mujeres días antes del inicio de su periodo y remite días antes o al finalizar el mismo. |
| 5 | c | Los trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo se contemplan en los trastornos depresivos. |
| 6 | a | Cuando un niño presenta un estado de ánimo persistentemente irritable, con excesos de cólera graves y recurrentes que se pueden manifestar verbal o comportamentalmente, puede tener un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. |
| 7 | b | Son dos trastornos diferentes. |
| 8 | b | Se da en situaciones específicas. |
| 9 | a | La agorafobia es un tipo de trastorno de ansiedad. |
| 10 | d | En el trastorno de ansiedad por separación hay un miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo; preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego; preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso cause la separación de una figura de gran apego. |

[Ir a la autoevaluación](#)

Autoevaluación 4

| Pregunta | Respuesta | Retroalimentación |
|----------|-----------|---|
| 1 | a | La pica se caracteriza por ingerir sustancias no nutritivas y no alimentarias. |
| 2 | b | En el trastorno por regurgitación la persona expulsa por la boca un alimento no digerido. |
| 3 | c | Discapacidad intelectual y trastorno del espectro autista muestran comorbilidad con la pica. |
| 4 | a | La presencia de atracones no es una característica básica de la anorexia nerviosa. |
| 5 | a | Las personas que han tenido rasgos obsesivos en la infancia son más propensas a desarrollar anorexia nerviosa. Este vínculo destaca la importancia de comprender los factores de riesgo y la relación entre diferentes características psicológicas. |
| 6 | a | Los episodios recurrentes de atracones, los comportamientos compensatorios inapropiados, el temor a aumentar de peso y la autoevaluación influenciada indebidamente por el peso y la constitución corporal son criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa. |
| 7 | d | La bulimia nerviosa tiende a ser más frecuente entre la adolescencia tardía y la adultez temprana, no en las otras etapas mencionadas. |
| 8 | b | En la anorexia nerviosa de tipo restrictivo, la pérdida de peso se logra principalmente a través de la dieta, el ayuno y/o ejercicio excesivo, no mediante episodios de vómitos auto provocados u otros comportamientos mencionados. |
| 9 | a | En la anorexia nerviosa de tipo con atracones/purgas, el individuo utiliza métodos como vómitos autoprovocados, laxantes, diuréticos o enemas como estrategias para perder peso. |
| 10 | b | Falso, puede tener peso normal o a veces sobrepeso. |

[Ir a la autoevaluación](#)

Autoevaluación 5

| Pregunta | Respuesta | Retroalimentación |
|----------|-----------|--|
| 1 | b | Correcto. Los trastornos de excreción se refieren a la eliminación inapropiada de orina o heces. |
| 2 | b | Falso, enuresis tiene que ver con la orina. |
| 3 | b | Falso, encopresis, tiene que ver con las heces. |
| 4 | a | Correcto. La enuresis se considera clínicamente significativa bajo esos criterios. |
| 5 | b | Falso, la edad cronológica debe ser de al menos 5 años. |
| 6 | c | El criterio incorrecto es: la edad cronológica es de por lo menos 9 años. |
| 7 | b | Correcto. Esto no se corresponde con un tipo de encopresis. |
| 8 | b | Falso, son más frecuentes en las niñas. |
| 9 | c | El trastorno negativista desafianto o trastorno de conducta puede estar relacionados con la encopresis sin estreñimiento e incontinencia por desbordamiento. |
| 10 | a | Correcto. Las infecciones urinarias pueden estar asociadas con la enuresis. |

[Ir a la autoevaluación](#)

Autoevaluación 6

| Pregunta | Respuesta | Retroalimentación |
|----------|-----------|--|
| 1 | Verdadero | Correcto, las fases del sueño REM son 4. |
| 2 | d | El DSM 5 reconoce 10 trastornos del ciclo sueño, vigilia. |
| 3 | Falso | Hipersomnia hace referencia a dormir periodos largos de tiempo. |
| 4 | a | Apnea se refiere a una ausencia total del flujo aéreo. |
| 5 | a | La hipopnea o apnea está relacionado con problemas en la respiración durante el sueño. |
| 6 | Verdadero | Los trastornos del despertar del sueño no REM constituyen un tipo de parasomnias. |
| 7 | Falso | Una persona con trastorno de pesadillas las suele recordar vívidamente al despertar. |
| 8 | a | Correcto. Las pesadillas son más comunes en la infancia. |
| 9 | c | Correcto. La necesidad de mover las piernas generalmente es más intensa en la tarde o noche en el síndrome de piernas inquietas. |
| 10 | Verdadero | Como su nombre lo indica en el trastorno de sueño inducido por sustancias/ medicamentos, las alteraciones se producen por consumir una sustancia estupefaciente o algún medicamento. |

[Ir a la autoevaluación](#)

Autoevaluación 7

| Pregunta | Respuesta | Retroalimentación |
|----------|-----------|--|
| 1 | a | El trastorno antisocial se encuentra doblemente codificado en el DSM 5. |
| 2 | a | Correcto. Tiende a ser más frecuente en hombres. |
| 3 | a | Verdadero, en el trastorno explosivo intermitente están presentes agresiones verbales y físicas en promedio dos veces por semana durante un periodo de tres meses. |
| 4 | a | En el trastorno explosivo intermitente hay un inicio rápido y un escaso o nulo periodo prodrómico. |
| 5 | d | El narcisismo no debe estar presente como criterio para el diagnóstico de trastorno de la conducta. |
| 6 | c | En la piromanía se busca provocar incendios de forma deliberada e intencionada. |
| 7 | c | En la piromanía los incendios se provocan por la satisfacción o gratificación que les producen. |
| 8 | a | Correcto. La kleptomanía tiende a ser más frecuente en mujeres. |
| 9 | b | Correcto. La kleptomanía se caracteriza por la incapacidad de resistir el impulso de robar, incluso sin necesidad personal o valor monetario. |
| 10 | d | En la kleptomanía hay una imposibilidad de resistir el impulso de robar objetos, aunque estos no sean necesarios para su uso personal ni por su valor monetario. Hay un fracaso recurrente para resistir el impulso de robar. Se genera una gran satisfacción o placer luego de cometer el robo y el robo no busca expresar rabia, retribución económica o venganza. |

[Ir a la autoevaluación](#)



Autoevaluación 8

| Pregunta | Respuesta | Retroalimentación |
|----------|-----------|--|
| 1 | b | Falso, estos problemas no se consideran trastornos mentales por sí, sino que son situaciones que pueden afectar la atención clínica. |
| 2 | a | Correcto. Estos problemas pueden tener un impacto en diversos aspectos del tratamiento y la evolución del trastorno mental. |
| 3 | e | Correcto. Los problemas de relación pueden involucrar problemas entre padres/cuidadores e hijos, entre hermanos y debido a una educación lejos de los padres. |
| 4 | a | Correcto. En algunos casos, la separación de los padres puede ser considerada un problema. |
| 5 | a | Correcto. El duelo no complicado es una reacción normal ante la pérdida. |
| 6 | b | Falso, el maltrato físico infantil implica lesiones intencionales. |
| 7 | b | Correcto. Se refiere a actividades sexuales inapropiadas con un menor. |
| 8 | b | Falso, los problemas de vivienda o económicos no tienen que ver con maltratos físicos que un menor recibe por parte de sus padres/cuidadores. |
| 9 | a | Verdadero, los problemas relacionados con el estilo de vida se encuentran en la categoría “otras circunstancias de la historia personal”. |
| 10 | a | Falso, en el abuso sexual se buscan actividades sexuales con un menor que están destinadas a proporcionar satisfacción sexual a uno de los padres, cuidadores o cualquier otro individuo que tenga alguna responsabilidad sobre el niño. |

[Ir a la autoevaluación](#)



5. Referencias bibliográficas

Arias, P. R., & García, F. E. (2019). Crecimiento posttraumático en sobrevivientes de los terremotos en Ecuador y Chile. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología, UCBSP*, 17(2), 317-331.

American Psychiatric Association (APA) (2014). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5 Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana

American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.

Andrade, R. (2015). El reconocimiento jurídico de la identidad de género en Ecuador (Tesis de pregrado). Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ecuador.

Caballo y Simon (2006). Manual de psicología clínica, infantil y adolescente. Pirámide: Madrid

De la Pava, G., y Pérez, G. (2018). Factores que inciden en la depresión infantil (Tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia. Colombia.

Díaz, E., Andrade, E. (2015). El trastorno del Espectro Autista (TEA) en la educación regular: estudio realizado en instituciones educativas de Quito-Ecuador.

Morla, R., Saad, E y Saad, J. (2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35(2), 149-166.

Isorna, M. (2016). El niño hiperactivo y las polémicas en torno al diagnóstico y al tratamiento del TDAH. *Innovación educativa*, (26)del DSM-5. Washington D. C.

Tamayo, C. (2014). El divorcio y la enuresis secundaria en niños de 6 a 12 años de edad de la escuela fiscal Doctor Alonso Castillo de la ciudad de Ambato (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato. Ecuador

