

## CLASIFICACION Y NOMENCLATURA EN PSIQUIATRIA INFANTIL

Jorge CASTRO\*

PALABRAS CLAVE : *Clasificación - Psiquiatría Infantil - Factores Psicosociales.*

KEY WORDS : *Classification - Child Psychiatry - Psychosocial Factors.*

*Partiendo de la necesidad de un enfoque que tome en cuenta la diversidad cultural y las circunstancias atípicas que se dan en el desarrollo de los niños en nuestro ámbito latinoamericano, se revisan los múltiples aportes que han ido consolidando conceptos y dimensiones de importancia para la clasificación de la psicopatología del desarrollo. Se pone énfasis en los trabajos de Achenbach, Rutter, la escuela francesa: las propuestas de Leñero, Rocha y otros; así como se comparan los sistemas originados en la Asociación Psiquiátrica Americana y la Organización Mundial de la Salud. Se propone la consideración de los factores psicosociales como eje central en los esquemas clasificatorios en boga.*

### CLASSIFICATION AND NOMENCLATURE IN CHILD PSYCHIATRY

*The weight of such factors as cultural diversity and atypical patterns of development are stressed on the case of latinamerican children. Keeping that in mind, the major conceptual and dimensional scope of developmental psychopathology constructs in classification are reviewed. The importance of Achenbach, Rutter and the French school is underlined, side by side with the works of Leñero and Rocha. A comparison between APA's Diagnostic and Statistical Manuals and WHO's International Classification of Diseases is produced. The central role of psychosocial factors in updated classificatory schemes is proposed.*

---

\* *Profesor Principal de Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia*

## INTRODUCCION

La publicación por ACTA (3) de su suplemento número 2 de 1993, acerca del seminario de análisis del capítulo V de la 10a. Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), realizado en Chile y la organización de un seminario similar por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" del Perú, en junio de 1994, hace vigente la necesidad de revisar el tema de la nomenclatura y clasificación en psiquiatría infantil, asunto que quedó prácticamente inédito en el primero de los eventos mencionados.

Al abordar este tema no pueden menos que venimos a la mente dos remembranzas de alguna forma relacionadas. La primera, la célebre introducción de Foucault (7) a *Les Mots et les Choses*, cuando cita la memorable referencia borgiana a "una cierta enciclopedia china" que describe, dentro de una clasificación de los animales algunos como "los que pertenecen al emperador... los incluídos en la presente clasificación... los innombrables", por mencionar sólo algunos de los especímenes de Borges. Luego de rendir merecido homenaje a ese texto, al que atribuye el origen de su libro, Foucault pone de relieve que tal taxonomía, a la par que exaltar la exótica seducción de un pensamiento **distinto**, fija los límites del propio: la clara imposibilidad de pensar **aquello**.

La otra es una afirmación de Wig (23), quien señala que "los psiquiatras del tercer mundo se quedan perplejos ante

la cantidad de fenómenos que no pueden ser acomodados satisfactoriamente en las clasificaciones en uso", coincidiendo con una propuesta de Lolas (12), el que, recordando la diferencia entre sentirse enfermo, tener una enfermedad rotulada por un experto y ser considerado enfermo por la comunidad, propone clasificaciones verdaderamente **multidimensionales**, "que tomen en consideración no sólo los aspectos propiamente técnicos y médicos de las dolencias, sino también la forma en que estas dolencias son comunicadas, evaluadas y finalmente ponderadas por la comunidad entera".

Y es que muchas veces los rótulos o etiquetas acuñadas por las taxonomías aceptadas, las que siempre tienen un marco conceptual definido - pese a que se definan **ateóricas**, como en el caso de la DSM-III(4) y sucedáneos -, cobran más importancia que los criterios básicos de toda clasificación diagnóstica, cuales son la capacidad de distinguir (diagnos) y la de procurar un conocimiento abarcativo y profundo (diagnoskein).

Es en torno a estas premisas que podremos escudriñar los derroteros que los modernos sistemas de clasificación y nomenclatura en psiquiatría infantil proponen, para alcanzar la claridad categorial y la confiabilidad dimensional que permitan una comunicación que, siendo científica y por ello mismo, no deje de lado los retos antropológicos y epistemológicos que un ejercicio de esta naturaleza entraña.

## REVISION HISTORICA

Diversos autores señalan indistintamente a Griesinger (1861), Kalbaum (1863) y Kraepelin (1892, 1896) como los precursores de las clasificaciones psiquiátricas. Es importante subrayar, en todo caso, que es recién en la segunda mitad del siglo XX, y a raíz de la publicación de la sexta revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se oficializa la adopción de un sistema que permitiera una comunicación especializada con criterios estadísticos y diagnósticos más o menos uniformes; y que hubo de esperarse hasta la novena revisión de esta clasificación para poder contar con un glosario de las categorías diagnósticas incluidas.

Por el lado de la psiquiatría infantil, Mezzich & Mezzich (14) citan a Hewitt & Jenkins (1946) como los autores de uno de los primeros intentos de establecer sistemas diagnósticos para niños y adolescentes. Estos autores establecieron tres agrupaciones sintomáticas, las que calificaron como "niño inhibido en extremo", "niño agresivo no socializado" y "niño sociológicamente delincuente". No será sino hasta 1966, en que Achenbach (1) y el Group for the Advancement of Psychiatry (GAP) (8) proponen nuevos enfoques conceptuales, que el debate en torno a este tema cobre renovada actualidad.

Entre tanto, la necesidad de un diagnóstico psiquiátrico "pluridimensional", tal como fuera enunciada por Kretschmer

(1919), cobró forma en la clasificación pionera de Essen-Moller y Wohlfahrt (1947), quienes consideraron dos ejes, uno para el tipo de "reacción mental" y otro para su etiología. Algo similar propuso, en 1954, el profesor Leme Lopes en Río de Janeiro, con la salvedad de que subdividió el primer eje en uno para el síndrome clínico y otro para la personalidad premórbida, dejando en el tercer eje la constelación etiológica y consagrando, así, el primer sistema clasificatorio multiaxial jamás publicado. La posterior preeminencia de las clasificaciones norteamericanas (Strauss, Feighner, Spitzer et al) es una prueba más del poder catalítico y difusor de los grandes centros académicos del hemisferio norte.

No cabe duda, por otra parte, que los esfuerzos para establecer sistemas multiaxiales de aceptación generalizada han corrido a cargo, mayormente, de los especialistas en psiquiatría infantil, desde Rutter a Orley. En 1969, Rutter et al (17) propusieron una clasificación triaxial de los trastornos mentales de la infancia, y en 1975, Rutter et al (18) realizaron la evaluación de una propuesta de clasificación multiaxial para la OMS, que incluía cuatro ejes (1 - síndrome clínico psiquiátrico; 2 - nivel intelectual; 3 - factores biológicos; y, 4 - influencias psicosociales asociadas). Ese mismo año se publica la guía del esquema clasificatorio que utilizan Rutter et al (19), en el Departamento de Psiquiatría Infantil y del Adolescente del Instituto de Psiquiatría de Londres, el que comprende cinco ejes:

- Eje Uno: Síndrome psiquiátrico \*
- Eje Dos: Trastornos específicos del desarrollo
- Eje Tres: Nivel intelectual
- Eje Cuatro: Problemas médicos (intercurrentes) \*\*
- Eje Cinco: Situaciones psicosociales anormales

\* De acuerdo a la sección V de la CIE 9

\*\* Todos los otros códigos de la CIE 9

Desde entonces y hasta la aparición de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III) en 1980 (4) y su revisión (DSM-III-R) en 1987 (5), algunos autores, en diferentes partes del mundo, han producido esquemas clasificatorios y aproximaciones nosográficas de relieve en la psiquiatría infantil.

En 1976, Sadoun et al (20) plantean la utilidad de los ejes siguientes:

1. Tipificación diagnóstica básica, con doce categorías que incluyen: variaciones de la normalidad, trastornos de adaptación, específicos del desarrollo, neuróticos, de la personalidad, psicóticos, de la evolución de la libido, psicosomáticos, orgánico-cerebrales, retardo mental, trastornos de conducta y otros.
2. Nivel intelectual, que incluye el Cociente Intelectual (C.I.) con precisión de la prueba utilizada para obtenerlo.
3. Trastornos asociados, que incluye trastornos que pudieran acompañar al básico, tales como los de adaptación, del lenguaje, psicomotores y psicosomáticos.
4. Factores etiológicos.

En 1977, también en Francia, Kreisler (10) propone los cuatro ejes que a continuación se detallan:

1. Trastornos de expresión somática
2. Trastornos en el desarrollo
3. Trastornos de expresión motora
4. Trastornos de expresión mental

Tomando en consideración estas disparidades, en diciembre de 1987, el grupo de trabajo liderado por Mises (15) publica el proyecto de clasificación francesa de trastornos mentales de la infancia y la adolescencia, la cual es compatible con el capítulo V de la CIE 10 (23) y comprende dos ejes. El primero involucra las categorías clínicas básicas, que son nueve en total, e introduce dos elementos innovadores, como son la inclusión de trastornos de personalidad, que no pueden ser tipificados como neurosis o psicosis, y la diferenciación de formas armónicas y disarmónicas de deficiencias mentales. El segundo eje se denomina "factores asociados o anteriores, eventualmente etiológicos". Comprende los llamados factores orgánicos y los factores y condiciones del ambiente. Por su interés para las conclusiones de esta revisión, se consignan brevemente estos últimos:

- Trastornos mentales o perturbaciones psicológicas en la familia
- Carencias afectivas, educativas, sociales, culturales
- Maltrato o negligencia grave
- Circunstancias que entrañan la ruptura de lazos afectivos
- Contexto socio-familiar peculiar
- Niño nacido por procreación artificial

En Brasil, Rocha (16) en 1977 recoge la necesidad de no etiquetar simplemente a los niños e incluye, dentro de un sistema diagnóstico tetraaxial, un eje que trata de representar el nivel de compromiso relacional de cada caso. Así tenemos:

- Eje I. Patología. Aquí se incluye los síntomas
- Eje II. Patogenia. Se describen seis niveles de compromiso: el adaptativo, el reactivo, el neurótico, el psicopático, el psicótico, el psicosomático, el deficiente y el sociopático.
- Eje III. Personalidad. Describe los rasgos que caracterizan la conducta más común y frecuente del niño. El nivel intelectual y la edad también se codifican en este eje.
- Eje IV. Etiología.

Otros autores, siguiendo marcos conceptuales cercanos, pese a la diversidad de su origen, han venido consolidando aproximaciones verdaderamente pluridi-

dimensionales, en tanto que no se detienen en la diferenciación categorial de los diagnósticos, sino que adelantaban estratificaciones por severidad de la sintomatología o las manifestaciones que por carencia o demasía se presentan en la semiología psiquiátrica. Spiel (21) aportó desde Austria una sistematización que, partiendo de constructos: somáticos, psíquicos y sociales, se despliega en procesos que toman en consideración: (a) la dotación básica genética y constitucional del individuo; (b) los acontecimientos dinámicos que tienen lugar durante el desarrollo del individuo; y (c) las circunstancias precipitantes que los condicionan; rescatando así las viejas nociones de factores predisponentes, determinantes y desencadenantes. La severidad de estos parámetros puede cuantificarse en cada eje dentro de tres niveles: leve, moderado y severo.

Isager (9), inspirándose en Rutter y colaboradores, desarrolló en Dinamarca la clasificación "MAS 81", que en su primer eje incorpora la nosología clásica escandinava y en el quinto eje considera circunstancias socioeconómicas y psicosociales, desglosándolo en un subeje V.1, para categorías socioeconómicas y un subeje V.2, con una lista de circunstancias psicosociales diferenciadas cualitativamente, según sean de importancia negativa o sello positivo, lo que nos acerca a los factores de riesgo y protección ahora en boga.

Siendo que las sistematizaciones que conciernen al niño no pueden aislarse del contexto familiar, Ackerman (2), en el

## CUADRO N° 1

### TIPOS DE FAMILIAS MEXICANAS

- 
- A) Según la cultura o subcultura de las comunidades a las que pertenecen:
1. Familias de cultura indígena con mayor o menor mestizaje.
  2. Familias de comunidad rural tradicional.
  3. Familias de aglomeración urbana.
- B) De acuerdo con la pertenencia a un nivel determinado de estratificación socioeconómica y de clase:
1. Familias de estratos marginados y subproletarios con niveles de subsistencia totalmente precaria.
  2. Familias de estratos populares proletarios, dependientes en su actividad económica y con un menor grado de precariedad en su subsistencia.
  3. Familias de estratos medios, participantes en mayor o menor medida en la actividad económica y que van desde el nivel de consumo básico hasta el semisuntuario.
  4. Familias de estratos elitistas de dominio, con un alto grado de consumo y necesidades suntuarias.
- 

*Fuente: Leñero (1975) "Estereotipos, tipos y neotipos de familia en México"*

intento de afinar pautas diagnósticas y terapéuticas pertinentes a las relaciones familiares, estableció una clasificación de trastornos psiquiátricos infantiles en la que se consideraron dos grupos fundamentales: en el primero, el de los trastornos funcionales, se incluyeron los trastornos primarios de conducta (de los hábitos y de la conducta), los rasgos neuróticos y trastornos del carácter, psiconeuróticos, psicósomáticos y psicóticos. En el segundo, el de los trastornos orgánicos, agruparon los trastornos secundarios de la conducta, el retardo mental y los síndromes orgánicos.

A propósito de la clasificación triaxial de la disfunción familiar de Tseng y Mcdermott (22), se encontró amplia acogida en la sistematización de los factores psicosociales hecha por Orley y colaboradores. Desde México se nos re-

cuerda la tipología de Leñero (11), que transcribimos en mérito a su originalidad y al innegable valor de una aproximación sociocultural, sensible a fenómenos de profunda raigambre etnohistórica:

#### *LAS CLASIFICACIONES DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA (APA) Y LAS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)*

La APA ha cuidado, desde su primer Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-I), que data de 1952, la tipificación de categorías diagnósticas específicas para la niñez o adolescencia, sea como reacciones de adaptación propias de cada edad o como "Reacciones sintomáticas especiales" (trastornos del aprendizaje, del lenguaje, enuresis, so-

nambulismo, y otras).

En el DSM-II, que apareció en 1968, el capítulo I estaba dedicado a las diversas formas del retardo mental y los capítulos VII y VIII incluían síntomas especiales y trastornos situacionales transitorios propios de la niñez y adolescencia. El capítulo IX estaba íntegramente consagrado a los llamados trastornos de conducta de la niñez y adolescencia (lo que incluía cuadros tan dispares como la "Reacción Hiperquinética" y las de retraimiento, hiperansiosa y de fuga), todos ellos conceptualizados bajo la abrumadora influencia del psicoanálisis.

En 1980 y luego de recoger los postulados presuntamente ateóricos de la escuela de St Louis, se publica esa con-moción estadística y nosográfica que representó la DSM-III (4). Como es conocido, esta clasificación establecía tres ejes tipológicos y dos ejes dimensionales. En base a ello, se diagnosticaba al paciente en ejes tipológicos (1 - Síndrome psiquiátrico; 2- Trastornos del desarrollo/personalidad; 3 - Trastorno físico) mediante el uso de categorías cualitativamente distintas, en tanto que era simultáneamente ubicado en ejes dimensionales (4 - Severidad de un estresor psicosocial y 5 - Mayor nivel de funcionamiento adaptativo) por su posición en una escala de intervalo o rango.

En lo que concierne a la psicopatología infantil, la DSM-III dedicaba su primer capítulo a los Trastornos de inicio en la Infancia, Niñez o Adolescencia, los que -con excepción de los trastornos específicos del desarrollo- habrían de diagnos-

ticarse en el eje I. Era notorio el énfasis en cuadros clínicos como los trastornos de la alimentación o de la esfera sexual y el esfuerzo por establecer criterios diagnósticos operacionales para entidades como la Anorexia Nervosa o el Trastorno de Identidad, que -por presentarse en la adolescencia- eran siempre de difícil delimitación. Se eliminaban los términos neurosis y psicosis y se hacían evidentes las correspondencias descriptivas con muchos códigos de la CIE-9 de la OMS, aun bajo diferentes encabezamientos (como en el caso de los trastornos englobantes = psicosis). Los subtipos de Retardo Mental guardaban igualmente correlación con la CIE-9. Se mencionaban los códigos V para "condiciones no atribuibles a trastorno mental pero que constituyen, ello no obstante, el foco de atención en el tratamiento", con lo que se las reducía a una insignificancia sustentada por el modelo médico de enfermedad, que sería adecuadamente criticado por Achenbach, quien propone un enfoque multivariado (estadístico) y no inferencial.

En el eje II se apreciaba un merecido tributo a los afanes pioneros de Rutter y seguidores, pese al reglamentarismo aplicado a los diagnósticos específicos, lo que también se dejaba sentir en los Trastornos por Déficit de la Atención, ubicados entonces en el eje I. Nuevamente se echaba de menos un afronte multidisciplinario, en temas tan necesitados del mismo.

El eje III incluía los trastornos no codificados en el capítulo V de la CIE-9.

El eje IV se presentaba muy promisorio, en tanto que añadía un factor dimensional que permitía cuantificar la gravedad de un estresor, en una escala de 1 (ninguno) a 7 (catastrófico) que, además, diferenciaba circunstancias compatibles con experiencias de la infancia o adolescencia. Rápidamente se pudo apreciar la dificultad de definir qué era estresante, de acuerdo a la edad del niño; la cuestionable pertinencia de hablar de estresores agudos o crónicos y, lo más importante, las dificultades del evaluador para aprehender el marco sociocultural del que provenía el niño/adolescente.

El eje V planteaba, iterativamente, la dificultad de conceptualizar qué significa **funcionamiento adaptativo**, sobre todo si se consideraban las condiciones de vida de los menores en circunstancias especialmente difíciles, según la terminología vigente de UNICEF; la diversidad ecológica y cultural de los niños y adolescentes de zonas rurales o los estilos de vida derivados de la cultura de la pobreza.

Como ha sido señalado, muchas de las definiciones nosográficas guardaban similitud con las de la CIE-9, con la diferencia que la DSM-III establecía criterios semiológicos operacionales ("por lo menos cinco de los ocho síntomas siguientes...") en los ejes tipológicos y la CIE-9 mantenía su patrón monoaxial con descripciones sindrómicas clásicas (Síndromes psicóticos, de Kanner, de Hiller, etc.). La DSM-III admitía la noción de inteligencia marginal en un código V y la CIE-9 enunciaba el Síndro-

me del Niño Maltratado en otro código adicional. Por lo demás, la correspondencia de los códigos en ambas clasificaciones era casi total.

Esta correspondencia y muchas de las similitudes nosográficas descritas se mantienen en la DSM-III-R publicado en 1987 (5).

El penúltimo manual diagnóstico y estadístico de la APA conserva el formato de la DSM-III y sus criterios diagnósticos presentan ligeras variaciones. En lo relativo al primer capítulo -el dedicado a la psiquiatría infantil- ubica al Retardo Mental, los Trastornos englobantes del Desarrollo, los Trastornos por Déficit de la Atención con Hiperactividad (esta vez todo junto), los Trastornos de Conducta y el Trastorno Desafiante Oposicionista en el eje II, en una suerte de continuo con los Trastornos Específicos del Desarrollo, lo que es atendible desde la perspectiva de coherencia clínica. Sin embargo, su lectura da la impresión que, al haberse expandido este eje, se hubiese considerado necesario simplificar la conceptualización de algunas entidades nosográficas.

Lo ocurrido con los trastornos englobantes (pervasive, en inglés) es paradigmático. Inicialmente se discutió reducirlo al Autismo, pero subdividido de acuerdo a la edad de su presentación. Finalmente se confinó al Trastorno Autístico y a la consabida categoría de los trastornos no especificados, con lo que se desecharon categorías diagnósticas de rica tradición fenomenológico-descrip-



tiva en la psiquiatría europea, lo que ha sido debidamente corregido en el DSM-IV.

Una imprecisión notable en este eje la constituyen los linderos del cociente intelectual para los diferentes subtipos del Retardo Mental (RM), como se puede apreciar en el Cuadro Nº 2. Ciertamente que en ausencia de pruebas psicológicas -lo que puede ocurrir por carencia de recursos en los servicios o por falta de estandarización de las mismas- es el criterio clínico el que prima, pero es fácil imaginar las dificultades estadísticas y los problemas epidemiológicos que tal laxitud entrañan.

En el eje I de los trastornos de la infancia y adolescencia, destacan la importancia que se confiere a los problemas derivados de las perturbaciones del **attachment** (vinculación), recuperando viejos planteamientos conceptuales de Bowlby; las modificaciones introducidas en los criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa (la reducción ponderal esperada pasa de 25% en la DSM-III a 15% en su revisión y se añade la presencia de amenorrea en mujeres como signo clínico relevante) y, finalmente, la confirmación del Trastorno de Identidad como entidad nosográfica característica de la adolescencia, en tácito reconocimiento a Erikson.

La presencia de los aportes primigenios del psicoanálisis parece reflejarse en la especificación de trastornos de la identidad sexual propios de esta edad, de los que sobresale el transexualismo.

A diferencia de la DSM-III-R, que mantiene sus códigos numéricos, con tres primeros dígitos para tipificación genérica y dos decimales para variedades clínicas; la CIE-10 (23), actualmente vigente para todos los países miembros de la OMS, se define como alfanumérica. El capítulo dedicado a la psiquiatría se codifica con F, los dos primeros dígitos diferencian agrupaciones sindrómicas con criterio descriptivo de alcance categorial y existe un cuarto carácter decimal para especificar formas clínicas o estado evolutivo del paciente. Quizás por ello se la ha considerado hipocrática, en tanto que centrada en el paciente, mientras que las clasificaciones multiaxiales serían de inspiración platónica, en su afán primariamente categorial.

Ello no obstante, la DSM-III-R mantiene los códigos V (para el abuso de niños en la relación padre-hijo, por ejemplo) y la CIE-10 apunta a formulaciones multiaxiales en su formato para investigación o en las propuestas para una clasificación específica de trastornos psiquiátricos infantiles, con lo que -y afortunadamente- las distancias se acortan.

Se sabe, por otro lado, que la DSM-IV ha tratado que sus códigos correspondan con la clasificación alfanumérica de la CIE-10 y que su primer capítulo no ha sufrido modificaciones sustanciales, salvo las enunciadas a propósito de los trastornos englobantes, lo que permite hacer comparaciones válidas con la DSM-III-R, como se muestran en los cuadros 2 y 3.

Además de la débil diferenciación de las formas de Retardo Mental (RM) en la DSM-III-R, las similitudes en la nomenclatura de ambas clasificaciones son mayoritarias, con las excepciones que a continuación se señalan:

- Entre los trastornos específicos del desarrollo, la CIE-10 incluye en Síndrome de Landau-Kleffner, que es una afasia consecutiva a trastorno convul-

sivo y no figura en la clasificación de la APA como tal.

- En las perturbaciones de la conducta, la CIE-10 incluye un trastorno de conducta limitado al contexto familiar.

- Las mayores diferencias se encuentran en la descripción de las formas clínicas de trastornos englobantes, entre los que la CIE-10 considera los Sí-

### CUADRO Nº 2 SIMILITUDES Y DIFERENCIAS DSM-III-R Y CIE-10

DSM-III-R		CIE-10
CI		CI
Retardo Mental	Leve: 50/55 a 70 aprox. Moderado: 35/40 a 50/55 Severo: 20/25 a 35/40 Profundo: menor a 20/25	Leve: 50 a 69 Moderado: 35 a 49 Severo: 20 a 34 Profundo: menor 20
Trastornos Específicos	Habla y lenguaje: similar	Incluye: S. de Landau-Kleffner
Desarrollo	T. del aprendizaje: similares T. de función motora: similar	Similares Similares
Perturbación de conducta	T.D.A. con hiperactividad T. de conducta: similares  T. desafiante oposicionista	T. hipercinéticos T. de conducta incluye el limitado a contexto familiar Similar T. mixto de conductas y emociones
Trastornos englobantes	T. autístico  Otros no especificados	Autismo infantil Autismo atípico Síndrome de Rett Síndrome de Heller Síndrome de Asperger

		S. hiperkinético con R.M. y movimientos estereotipados
Trastornos Alimentación	Anorexia nerviosa	T. conducta alimentaria (rumiación)
	Pica	Pica
	Rumiación	
Tics	Similares	Similares
Trastorno Eliminación	Similares	Similares
Trastornos Fonación	Tartamudeo	Similares incluidos
	Farfalleo en otros	
Otros	Mutismo selectivo	T. por movimientos estereotipados
	T. identidad	Otros trastornos específicos de emociones y conducta
	T. reactivo de vinculación	
	T. estereotipado/hábito	
Trastornos Emocionales	T. por ansiedad de separación	Similar
	T. por evitación	T. ansiedad social
	T. por angustia excesiva	T. fóbico de infancia
		T. rivalidad entre hermanos

dromes de Rett (cuadro que se presenta en niñas de 7 a 24 meses, con pérdida parcial o total del lenguaje, la locomoción y la destreza motora); de Heller (o psicosis desintegrativa) y de Asperger (en el que no hay un retardo general en las funciones cognoscitivas y del lenguaje). Además, se especifican otros cuadros clínicos de cuestionable distinción.

que la impronta de Bowlby también se deja sentir.

El énfasis en los aspectos psicosexuales infantiles de la DSM-III-R fue anteriormente mencionado. Por su parte, la CIE-10 parece acentuar más los aspectos psicosociales, como se aprecia en el Cuadro N° 3.

- Los trastornos emocionales aparecen más diferenciados en la CIE-10, en la

Aún cuando el Síndrome del Niño Maltratado está inmerso en el código F94.1,

## CUADRO N° 3

## ACAPITES PECULIARES EN AMBAS CLASIFICACIONES

## CIE-10

Trastornos del  
funcionamiento social

Mutismo selectivo  
T. reactivo de vinculación en la infancia  
(Incluye el Síndrome del Niño Maltratado,  
T. vinculación desinhibida de la infancia y  
Otros trastornos del funcionamiento social)

## DSM-III-R

Trastorno de la  
identidad sexual

T. identidad sexual de la infancia  
Transexualismo  
T. identidad sexual en la adolescencia o  
adulthood, tipo no transexual  
T. identidad sexual no especificado

podría igualmente codificarse en Z61.4, .5 y .6 (abuso sexual en niños); T74 (Síndrome por Maltrato con problemas físicos derivados); Y06 (Negligencia y abandono); Y07 (Abuso físico, tortura) y otros códigos Z, por lo que resultaba perentoria la sistematización de las situaciones psicosociales anormales asociadas a los trastornos psíquicos de la infancia, como se expone en el acápite siguiente.

### La clasificación multiaxial de trastornos psiquiátricos infantiles propuesto por la OMS

En 1988 y como parte de un documento reservado de la OMS que proponía el esquema del eje V de una clasificación multiaxial, se agruparon los códigos Z de la CIE-10 de la manera siguiente:

La implementación de este proyecto incluyó la elaboración de un esquema de entrevista de los padres desarrollado en Europa, para el que se nos solicitó comentarios y propuestas, así como pruebas de campo multicéntricas que estuvieron dirigidas por el profesor John Orley.

Siguiendo las pautas de Rutter, apuntaba a factores de riesgo comunes en el desarrollo del niño y el adolescente sin especificar si el enfoque para su utilización debiera ser categorial o dimensional, aunque se recomendara un formato de estructura dimensional con los códigos siguientes:

2 = situación evidente y de severidad concluyente.

1 = situación presente, pero de severi-

**CUADRO N° 4**

**SITUACIONES PSICOSOCIALES ANORMALES ASOCIADAS**

---

**0.0. Entorno psicosocial sin distorsión o inadecuación significativas**

**1. Relaciones intrafamiliares anormales**

- 1.0. Ausencia de relaciones afectuosas padre(s)-hijos
- 1.1. Inarmonía familiar entre los adultos
- 1.2. Hostilidad hacia el niño o tomarlo como chivo expiatorio
- 1.3. maltrato físico al niño
- 1.4. Abuso sexual (intrafamiliar)
- 1.8. Otros

**2. Trastorno mental, desviación o incapacidad en el grupo de soporte primario del niño**

- 2.0. Trastorno parental/desviación
- 2.1. Incapacidad parental/minusvalía
- 2.2. Minusvalía entre los hermanos
- 2.8. Otros

**3. Comunicación intrafamiliar inadecuada o distorsionada**

**4. Crianza cualitativamente anormal**

- 4.0. Sobreprotección parental
- 4.1. Supervisión/control parental inadecuados
- 4.2. Privación experiencial
- 4.3. Presiones parentales inapropiadas
- 4.8. Otros

**5. Anormalidades en el entorno inmediato**

- 5.0. Cuidado institucional
- 5.1. Situación de parentesco anormal
- 5.2. Aislamiento familiar
- 5.3. Condiciones de vida que crean una situación psicosocial potencialmente peligrosa
- 5.8. Otros

**6. Acontecimientos vitales agudos**

- 6.0. Pérdida de una relación amorosa
- 6.1. Cambios de domicilio que entrañen un contenido significativamente amenazador
- 6.2. Patrones alterados negativamente en las relaciones intrafamiliares
- 6.3. Acontecimientos resultantes en la pérdida de autoestima
- 6.4. Abuso sexual (extrafamiliar)
- 6.5. Experiencia personal de miedo intenso
- 6.8. Otros

**7. Estresores psicosociales**

- 7.0. Persecución o discriminación social
- 7.1. Migración o transplatación social
- 7.8. Otros

**8. Estrés interpersonal crónico asociado con la escuela o el trabajo**

- 8.0. Relación conflictiva con los compañeros
- 8.1. Niño chivo expiatorio por parte de los profesores o supervisores en el trabajo
- 8.2. Malestar en la situación escolar o en el trabajo
- 8.8. Otros

**9. Acontecimientos estresantes/situaciones resultantes del propio trastorno o minusvalía del niño**

- 9.0. Cuidado institucional
- 9.1. Cambios de hogar que entrañen un contexto significativamente amenazador
- 9.2. Acontecimientos resultantes de la pérdida de la autoestima
- 9.8. Otros

dad no determinante,  
pese a ser potencialmente riesgosa

0 = situación psicosocial normal

8 = no aplicable

9 = información insuficiente.

Sea por lo dilemática de su clasificación o por razones políticas de la OMS, este Eje Cinco de la Clasificación Multiaxial para trastornos psiquiátricos in-

fantiles ha tenido escasa difusión.

**COMENTARIOS FINALES**

La necesidad de trascender la conjetura para descifrar, describir y diferenciar no es ajena al quehacer del psiquiatra de niños y adolescentes. En un trabajo sobre la aplicación del psicoanálisis en la

evaluación de la psicopatología en el primer año de vida, Lourie y Nover (13) proponen una clasificación que codifica seis tipos de síndromes, dejando de lado un cierto desdén por el diagnóstico que inicialmente pareció insuflar esta escuela a la psiquiatría infantil en su conjunto. Se han mencionado los aportes de Bowlby y Erikson, provenientes de la misma cantera, a las clasificaciones y caracterizaciones nosográficas en uso.

No sería justo dejar de relevar la trascendencia de los aportes de Piaget a la comprensión de los fenómenos cognoscitivos que se van desplegando desde la etapa sensoriomotriz hasta el pensamiento formal, los que dan sustento a la delimitación conceptual de muchos de los trastornos del desarrollo.

Pero lo que con más transparencia fluye de esta larga exposición es la pertinencia de incorporar los llamados **factores psicosociales**, que pueden ser eso y mucho más, al corpus de las definiciones centrales en psiquiatría infantil. No como factores asociados ni dentro de ejes aleatorios, sino como agentes etiopatogénicos de la mayor importancia en la comprensión de los procesos del desarrollo normal, anormal o patológico.

Sin ignorar la definitiva impronta biológica de muchas afecciones psicopatológicas, sobre todo en los trastornos englobantes del desarrollo, la configuración de patrones de conducta a través del modelaje o el aprendizaje social en los ambientes intra y extra-familiares, como señala Sears, no puede seguir manteniéndose como mero trasfondo en un escenario de actores ignotos, menos aun en contextos

como los que producen la llamada "psicopatología del subdesarrollo", en los que fenómenos como el narcotráfico o la violencia pueden generar estilos de vida paranormales o singularidades clínicas en los síndromes de estrés postraumáticos, por señalar un caso.

Como sostienen Cohen et al (6), "en psiquiatría infantil, las manifestaciones de alteración mental no son explicitadas por el niño per se, mas por la comunidad a la que pertenece. Por tanto y desde el inicio estas se definen dentro del contexto social de lo que los adultos perciben como desarrollo o funcionamiento normal...(esto plantea) la preocupación de definir quien es el paciente (así como) tener en cuenta que existen caminos alternativos de desarrollo y adaptación".

De otro lado, la aproximación desprejuiciada a niños y adolescentes que provienen de conglomerados culturalmente diferentes o que atraviesan circunstancias extremadamente difíciles, no podrá hacerse mediante instrumentos o actitudes que privilegien la "modernidad" del mercado o los parámetros éticos de la cultura occidental. Las desventajas comunicacionales y cognoscitivas del niño migrante o las carencias educacionales del que se ve obligado a trabajar (generalmente en condiciones de explotación), no puede resolverse aplicándoles una prueba de las series de Weschler y convirtiéndolos en objetos de tutela.

La clasificación y la nomenclatura son, pues, métodos de trabajo necesarios para un abordaje científico del problema, más no un fin en si mismas.

## REFERENCIAS

1. ACHENBACH TM. (1966) The classification of children's psychiatric symptoms: A factor analytic study. *Psychological Monographs*, 615
2. ACKERMAN N. (1974) Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Editorial Hormé, Buenos Aires
3. ACTA (1993) Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Seminario de Análisis del Capítulo V. Lolas F. (Ed.), Santiago de Chile
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, third edition (DSM-III). APA, Washington D.C.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, third edition revised (DSM-III-R). APA, Washington D.C.
6. COHEN DJ, LECKMAN JF & VOLKMAR FR. (1988) The diagnostic process and classification in child psychiatry. Issues and prospects. En Mezzich JE, von Cranach M (Eds.) *International Classification in Psychiatry. Unity and Diversity*. Cambridge University Press, pp 284-297. Cambridge
7. FOUCAULT M. (1966) *Les mots et les choses. Une archeologie des sciences humaines*. Editions Gallimard, Paris
8. GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY (1966) *Psychopathological Disorders in Childhood: Theoretical Considerations and a Proposed Classification*. GAP Report N° 62, New York
9. ISAGER T (1982) Multiaxial diagnostic system in a department of child psychiatry. Preliminary experience as an introduction to revision. *Ugeskr-Laeger*.
10. KREISLER L. (1977) Psychopathologie de l'Enfance: un réassemblage nosologique. *Psychiatrie de l'Enfant*, 20:400-403
11. LEÑERO L (1975) Estereotipos, tipos y neotipos de familia en Mexico. En Dulanto E (Ed.) *La Familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano*. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de Mexico, 61-108, Mexico
12. LOLAS F. (1993) Consideraciones sobre clasificación y nomenclatura en Psiquiatría. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* (Supl N° 2):01-05
13. LOURIE RS & NOVER RA. (1980) *Applied Psychoanalysis and Assessment of Psychopathology in the First Year of Life*. En Greenspan SI, Pollock GH. (Eds.) *The course of life: Psychoanalytic Contributions Towards Understanding Personality Development*. vol I: *Infancy and Early Childhood*. National Institute of Mental Health, 365-379, Washington D.C.
14. MEZZICH JE & MEZZICH AC. (s/f) *Diagnostic Classification Systems in Child Psychopathology*. En Frame CL & Mattson JL. (Eds.) *Handbook of Assessment in Child Psychopathology: Applied Issues in Differential Diagnosis and Treatment Evaluation*. Plenum Publishing Corporation, New York
15. MISES R, FORTINEAU J, JEAMMET P, MAZET A, PLANTADE A & QUEMADA N. (1987) *Classification Française des troubles mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent* (separata)
16. ROCHA Z. (1977) Distúrbios do comportamento na clinica diaria (Abordagem diagnostica pluri-dimensional). *Neurobiologia*, 40:269-296



17. RUTTER M, LEOVICI L, EISENBERG L, SNEZNEVSKIJ AV, SADOON R, BROOKE R & LIN TY. (1969) A tri-axial classification of mental disorders in childhood. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 10:41-61
18. RUTTER M, SHAFFER D & SHEPHERD M (1975) An Evaluation of a Proposal for a Multi-axial Classification of Child Psychiatric Disorders. World Health organization. Geneva
19. RUTTER M, SHAFFER & STURGE C. (1975) A Guide to a Multi-axial Classification Scheme for Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. Institute of Psychiatry, London
20. SADOON R, CASADEBAIG F & HATTON F. (1976) Studies of the infant population placed in charge of the A. Binet Mental Health Center in 1970 and 1971. *Social Psychiatry*, 11:179-205
21. SPIEL W. (1981) Some critical comments on a systematic approach to diagnosis. Contribution to a documentation and classification system in child neuropsychiatry. *Acta Paedopsychiatrica*, 47:269-278
22. TSENG W & McDERMOTT J (1979) Tri-axial family classification. *Journal of Amer. Acad. of Child Psychiatry*, 18:22-43
23. WIG NN. (1985) Psychiatric Classification- A view from the Third World. En Pichot P, Berner P, Wolfe R & Thau K (Eds.) *Psychiatry: The State of the Art*. Plenum Press, London
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Ten Revision (ICD-10)* WHO, Geneva

*Dirección Postal:*

*Avenida Arequipa 2450, Dpto 1603  
Lima 14, Perú*

**PRUEBA DE CONOCIMIENTOS**

22. *¿Qué autores realizaron los primeros intentos en sistemas diagnósticos para niños y adolescentes?*
- a) Kahlbaum (1963)
  - b) Kraepelin (1896)
  - c) Hewitt & Jenkins (1946)
  - d) Achenbach (1966)
23. *Según el sistema diagnóstico de Rocha (1977) ¿cuántos niveles de compromiso patogénico se describe?*
- a) 2
  - b) 4
  - c) 6
  - d) 8
  - e) 10
24. *El síndrome del niño maltratado aparece por primera vez en qué sistema clasificatorio:*
- a) DSM-II
  - b) CIE-9
  - c) CIE-10
  - d) DSM-III
  - e) DSM-III-R
25. *En lo que respecta al porcentaje de reducción ponderal como criterio diagnóstico de la Anorexia Nerviosa ¿cuál es la diferencia entre el DSM-III y su revisión?*
- a) 20 y 10%
  - b) 25 y 15%
  - c) 30 y 20%
  - d) 15 y 25%
  - e) 10 y 20%
26. *El síndrome de Heller tiene su equivalencia en:*
- a) Trastorno Autístico
  - b) Retardo generalizado
  - c) Psicosis desintegrativa
  - d) Síndrome hiperquinético con retardo mental