

USO DEL DSM-III-R EN NIÑOS PERTENECIENTES A NIVELES SOCIOECONOMICOS NO PRIVILEGIADOS*

Milena SARDI DE SELLE**

PALABRAS CLAVE : DSM-III-R - Ejes IV y V - Psiquiatría Infantil

KEY WORDS : DSM-III-R - Axis IV and V - Child Psychiatry

En estudio retrospectivo se revisaron 400 historias clínicas del Hospital Municipal de Niños «J.M. de los Ríos» de la ciudad de Caracas, Venezuela. Se categorizó la información de acuerdo a las pautas diagnósticas del DSM-III-R, particularmente en lo relativo a los ejes IV y V. Se señalan las dificultades de su uso en psiquiatría infantil en poblaciones latinoamericanas de niveles socioeconómicos no privilegiados enfatizándose que para dichos fines, deben crearse categorías propias, social y culturalmente relevantes, de los estresores agudos y crónicos así como de los niveles propuestos en la Evaluación Global de Funcionamiento (G.A.F.). Se describe la experiencia venezolana al respecto.

THE USE OF DSM-III-R IN CHILDREN OF LOW SOCIOECONOMIC CONDITION

Four hundred clinical records of the Hospital Municipal de Niños «J.M. de los Ríos» (Children's Municipal Hospital) Caracas, Venezuela, were reviewed. The clinical information was analyzed according to DSM-III-R diagnostic criteria, particularly in relation to axis IV and V. The author points out the difficulties found in child psychiatry when these axis are applied to Latinamerican population of low socioeconomic level, claiming that Latinamerican Child Psychiatry must create a new list of acute and chronic stressors, social and culturally relevant, as well as a regional description of functioning levels in the G.A.F. To this aim, the author describes the Venezuelan experience.

* Relato Oficial presentado en el XVII Congreso de la APAL. Caracas. Venezuela
** Jefe del Servicio de Psiquiatría e Higiene Mental, Hospital Municipal de Niños «J.M. de los Ríos». Caracas. Venezuela. Directora del Postgrado en Psiquiatría Infantil y Juvenil. Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.

1. INTRODUCCION

Los progresos psiquiátricos de las últimas décadas han constituido valiosos aportes para el trabajo clínico; entre ellos, las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales en las cuales aparece, distintivamente, la necesidad de ordenar y precisar los conceptos sobre los cuales asientan el diagnóstico, el manejo clínico y la investigación. Más aún, tornan real la posibilidad de establecer comunicación e intercambio científico entre los psiquiatras del mundo, para lo cual, junto con otros logros, se torna factible el uso de un lenguaje común que apoye el desarrollo de la psiquiatría como ciencia.

Un complejo ejemplo de este tipo lo constituye la serie de esfuerzos que representa el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), auspiciado y patrocinado por la Asociación Psiquiátrica Americana desde su primera versión hasta la última (DSM-III-R) la cual, aparte del gran impacto ejercido sobre la práctica clínica psiquiátrica norteamericana, en los contextos médicos de su área de influencia, aspira a extenderse mucho más allá de sus límites geográficos y culturales. Así es como ha llegado hasta nosotros.

Es de reconocer las dificultades y el mérito de la realización de la tarea propuesta, por demás ambiciosa. El proceso ha seguido el método de ensayo y error, estando pronto a salir a la luz pública la nueva versión de la serie, el DSM-IV, con el cual se espera satisfacer algunas de las demandas y dar respuesta a las variadas críticas planteadas; entre ellas, la acusación de que su objetividad es ilusoria pues se basa en supuestos y pretensiones teóricas, a partir de los cuales, arbitrariamente, se seleccionan los criterios diagnósticos y se categorizan los

datos clínicos.

La revisión de algunas contribuciones aparecidas en 1991, con el propósito de evaluar el uso del DSM-III-R, nos permitió sistematizar estas críticas: (1, 2, 3, 4, 5) que resumimos en sus líneas esenciales:

Los autores consideran que:

- 1º A pesar del uso de los ejes diagnósticos no se ha logrado integrar al diagnóstico clínico el papel que juegan los factores biosociales en la generación de la enfermedad.
- 2º No se han determinado los estándares de la cultura propia, para así establecer lo que es normal y lo que es anormal.
- 3º Conceptualmente, no ha precisado con claridad lo que es «trastorno mental», «trastorno psiquiátrico» y «trastorno físico».
- 4º La racionalidad y autonomía del clínico occidental no se ajustan a este sistema, apenas taxonómico.
- 5º A la serie DSM se le ha planteado el conflicto confiabilidad versus validez (Ha aumentado la confiabilidad a expensas de la validez).
- 6º Se espera que clínicos e investigadores puedan identificar clínicamente el trastorno, sin ocuparse de cómo y por qué ocurrió (aunque existan excepciones como en los trastornos de personalidad, donde no se puede ser tan categórico).
- 7º Se critica el uso de un lenguaje descriptivo para referirse a un material puramente fenomenológico.

- 8º Resulta autocrática, empírica y adherida a criterios científicos anticuados.
- 9º Para hacer la taxonomía más estandarizada se eliminó la etiología como factor clasificador.
- 10º Es difícil su uso en las áreas forense y social.
- 11º No ofrece espacio para la inclusión de la variable cultural en la comprensión de la enfermedad.
- 12º Muchos cuadros clínicos, ajenos a la cultura americana pero frecuentes en otras, como el Taijin Kyo-fusho japonés, los estados de «posesión» y los «nervios» latinoamericanos, quedan excluidos de la clasificación.

Estas últimas críticas adquieren la mayor importancia si tomamos en cuenta que el 80% de la población mundial no pertenece a la cultura occidental y que los cambios demográficos en la propia Norteamérica indican que un tercio de su población está constituida por minorías étnicas. En América Latina, las grandes diferencias culturales están más bien asociadas a diferencias socioeconómicas.

Como se sabe, los ejes diagnósticos IV y V se crearon para completar la información obtenida en los diagnósticos de los ejes I, II y III; entre tales necesidades, las consideraciones pertinentes sobre los rasgos culturales que influyen en la psicopatología. Pero esta información no se logra de manera directa, aparece en el eje IV, contenida y como elaboración de segunda mano en la evaluación de los estresores y circunstancias vinculadas a su persistencia. Es por ello que sobre este eje

se han hecho las más severas críticas, pues fue concebido para evaluar la severidad de los estresores psicosociales de acuerdo a la cantidad de cambios exigidos al sujeto y a su número actuante, tomando en cuenta el medio cultural, los valores dominantes y la propia participación del sujeto en inducirlos; sin embargo, la escala de estresores fue construida algo arbitrariamente, siendo así que, en esta área, es donde se generan las mayores insuficiencias y contradicciones. En la población infantil, el eje IV adquiere un significado singular, pues los niños son seres en evolución constante, cuya conducta y desarrollo están directamente influenciados por las condiciones del medio en que viven, en su más amplia variedad de formas y factores; de allí la importancia que tiene el ambiente, tanto en su desarrollo normal como en las desviaciones que pueda sufrir. En el aspecto clínico, del mismo modo que en el adulto, la identificación de los estresores puede explicar la aparición, recurrencia o exacerbación de la patología en las diferentes edades evolutivas. A pesar de ello, hasta hoy no se han categorizado los estresores de acuerdo a la edad, aunque los psiquiatras de niños y adolescentes están habituados a evaluar la relación conducta-edad y el funcionamiento del paciente, ya sea por medio del uso formal de una escala o a través de sus conocimientos sobre las manifestaciones propias de cada etapa.

2. METODOLOGIA

2.1. Muestra

El Hospital Municipal de Niños «J. M. de los Ríos», atiende mayoritariamente clientela proveniente de los barrios pobres de Caracas, de la clase media baja y a muchos pacientes de similares niveles

socioeconómicos, del interior del país. Tiene cuatrocientas camas de hospitalización y una consulta ambulatoria diaria de más de mil pacientes.

La muestra incluye, de un lado, 140 historias elaboradas por los residentes del Programa de Postgrado en Psiquiatría Infantil y Juvenil de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, quienes tienen la exigencia académica de diagnosticar un mínimo de 30 casos de acuerdo a los criterios del DSM-III-R. De otro, 260 historias que ya tenían el diagnóstico clínico establecido en el eje I, y a las cuales se les hizo el diagnóstico a posteriori en los ejes IV y V, utilizando la información recogida en el documento clínico. Así, la muestra incluye 400 historias de pacientes de 2 a 16 años.

2.2. Procedimiento

En cada historia se examinaron los hechos y situaciones estresantes agrupándolos luego, de acuerdo a su frecuencia e intensidad, para compararlos con los sugeridos en el DSM-III-R. Asimismo, se categorizó el estrés agudo y las circunstancias contribuyentes a la permanencia, en cinco niveles: leve, moderado, severo, extremo y catastrófico.

En cuanto al eje V y el grado de funcionamiento, siguiendo los criterios del G.A.F.(*), se organizaron los niveles en siete categorías que más adelante se detallan.

Por otro lado, las condiciones del desarrollo evolutivo, expresadas como necesidades, no son, por supuesto, materia del DSM-III-R, pero pudieron ser establecidas evaluando las caren-

cias de cada paciente de acuerdo a cada una de las áreas básicas de la personalidad, expresándolas luego en un sentido positivo, precisando qué es lo que necesitaban para lograr un desarrollo normal y, no, de qué carecían los casos estudiados.

3. RESULTADOS

A continuación, listamos el ordenamiento logrado de las causas de estrés en la muestra de pacientes estudiada.

ESTRES AGUDO

Niveles

Leve:

PERDIDA DE UN AMIGO, PERDIDA DE LA O DEL «COMPAÑERO». VICTIMA DE HURTO SIN VIOLENCIA

Moderado:

NUEVO CONCUBINO DE LA MADRE. PELEAS EN LA ESCUELA. CASTIGOS EXAGERADOS

Severo:

PADRE ABANDONA HOGAR. DESALOJO. DESERCIÓN ESCOLAR. HAMBRE. VIOLACION. ACCIDENTES

Extremo:

MUERTE DE UNO DE LOS PADRES. ABUSO SEXUAL POR PARTE DEL PADRE O PADRASTRO CON SUS HIJOS O HIJASTROS. INCESTO. VIOLACION. MALTRATO. ABUSO FISICO. HAMBRE. VIOLENCIA. (VER ASESINAR A SUS PADRES. PRESENCIAR ASESINATOS. MUERTE VIOLENTA DE UN HERMANO. MUERTE VIOLENTA DE UN AMIGO). TRAUMATISMOS Y ACCIDENTES.

(*) Global Assessment Functioning (Evaluación Global de Funcionamiento) DSM-III-R, 1987 (N. del E.)

Catastrófica:

MUERTE O ABANDONO DE AMBOS PADRES. PRESENCIA DE MUERTE VIOLENTA. PERDIDA DE LA VIVIENDA. ACCIDENTES CON PERDIDA DE FUNCIONES.

CIRCUNSTANCIAS MANTENEDORAS

NIVELES:

Leve:

DISCORDIA FAMILIAR. DISGUSTO CON VECINOS. PADRE ARBITRARIO. REGLAS DE DISCIPLINA CONFUSAS.

Moderado:

FAMILIA DE UN SOLO PADRE. INGRESOS INSUFICIENTES. PADRE NO ES UN BUEN PROVEEDOR. NIÑOS QUE REALIZAN TAREAS DOMESTICAS.

Severo:

POCA DISPONIBILIDAD DE TIEMPO DE LA MADRE PARA LOS HIJOS. DIFICULTAD DE LA MADRE PARA SATISFACER NECESIDADES AFECTIVAS. ALCOHOLISMO DEL PADRE. ABANDONO DEL HOGAR. POBRE ALIMENTACION. PRODUCTIVIDAD INSUFICIENTE DE LA MADRE. DESNUTRICION. NIÑOS MAYORES QUE CUIDAN A SUS HERMANOS MENORES. NIÑOS QUE TRABAJAN.

Extremo:

MADRE «AGOBIA DA» (FATIGA EXCESIVA). MADRE TOLERANTE DE LOS ABUSOS SEXUALES DE SU MARIDO. PADRE QUE ESTIMULA CONDUCTAS VIOLENTAS EN EL HIJO. PRISION DE UNO DE LOS PADRES. MADRE QUE COBRA POR EL TRABAJO DE SUS HIJOS.

Catastrófico:

ORFANDAD. ABANDONO DE AMBOS PADRES. CAMBIOS CONSTANTES DE FAMILIA. SITUACION CRONICA DE POBREZA CRITICA.

Por supuesto, especificamos en el eje I el diagnóstico clínico correspondiente, estableciendo una relación de complementariedad entre los Códigos V y el eje IV, que permite, ampliando la información, tornar visible lo específico de la cultura de la pobreza que constituye una importante variable en la evolución clínica de muchos niños venezolanos. En esta perspectiva nos parece más conveniente precisar «ruptura con el compañero» o «compañera», en vez de «ruptura con el amigo o la novia»; pues, aunque no formen una pareja establecida o un concubinato, existe vida sexual activa entre estos adolescentes. La actividad sexual en ellos comienza muy temprano, tanto más cuanto más bajo es el nivel socioeconómico, constituyendo, los embarazos precoces, un importante problema de la adolescente venezolana (6).

Detectamos, también, el abuso físico, caracterizado por castigos exagerados de padres a hijos o de mayores a menores, y alta frecuencia de accidentes de diverso tipo. Asimismo, una preocupante conducta sexual masculina de abusar de niños y niñas, y practicar violaciones; además, un cambio continuo de concubino y abandono de los hijos.

La violencia, que afecta a toda la sociedad citadina, se agudiza en los barrios pobres. Los niños son testigos de muertes por bala o uso de arma blanca; y ellos mismos suelen ser víctimas de balas errantes que penetran en sus viviendas. Por otra parte, las conductas violentas menores se han transformado en una forma de vida.

El hambre, a pesar de que el porcentaje de desnutrición crónica en Venezuela es del orden del 40% en la población menor de 15 años (7), no

había llegado al extremo de convertirse en un estresor y menos, aún, en ser uno de los más frecuentes.

Las diversas formas de trabajo infantil, la deserción escolar, la vagancia, las actividades pre-delictivas, la improductividad, el desempleo juvenil y las variadas formas de descuido parental, constituyeron áreas de información recogida en el eje IV, en el cual, igualmente, se pusieron en evidencia algunos rasgos de la conducta sexual femenina y las características del desempeño de las funciones maternas.

La madre «agobiada» es una nueva variedad de las muchas consecuencias negativas que sufren nuestras mujeres. En Venezuela, casi el 50% de los hogares tiene como jefe a una mujer; pero no se trata de la madre que cumple con todas las obligaciones en sustitución del padre, sino, de aquella que, habiendo llegado al límite de sus capacidades para satisfacer las necesidades de sus hijos, muy especialmente las de cuidado y protección, ya no tiene energías para continuar haciéndolo. Sabe qué es lo que debe hacer, pero no puede cumplirlo, pues no tiene tiempo ni recursos. Asume, finalmente, una característica actitud de «agobio», dejando que suceda lo que tenga que suceder, aunque no sea lo que ella desee.

Finalmente, como estresores asociados a la crisis económica actual, los más frecuentes fueron:

HAMBRE
VIOLENCIA
MADRE AGOBIADA

En cuanto al eje V como se sabe,

(*) Venezolanismo por malandrín (N. del E.)

se creó para evaluar los niveles de funcionamiento y adaptación del paciente, tanto en el momento que se le evalúa como en el año anterior. Mide, también, el resultado de nuestras intervenciones y la evolución del caso, si es que prudencialmente hacemos evaluaciones del curso de la enfermedad y de la evolución de su tratamiento.

De acuerdo al G.A.F. distribuímos los niveles de evaluación del funcionamiento de nuestros pacientes en siete categorías que se describen a continuación:

- 1.- SINTOMAS MINIMOS. FUNCIONAMIENTO ACEPTABLE.
- 2.- SIN INTERES EN ACTIVIDADES SOCIALES Y COMUNITARIAS. POBRE RENDIMIENTO ESCOLAR. REUNIONES EN EL VECINDARIO CON OTROS NIÑOS SIN QUE REALICEN ACTIVIDADES ACEPTABLES. INSOMNIO POR HACINAMIENTO. VESTIMENTA INADECUADA.
- 3.- SINTOMAS AGRESIVO-DEPRESIVOS. INASISTENCIA REPETIDA Y «JUBILACION» DE LA ESCUELA. DESOBEDIENCIA. TRANSGRESIONES MENORES - HURTOS, PARTICIPACION EN PANDILLAS. SOLOS, SIN ADULTOS EN EL HOGAR DURANTE EL DIA.
- 4.- PERDIDA DEL AÑO ESCOLAR. EXPULSION DE LA ESCUELA. DESERCIÓN. REPITENCIA. RETARDO PEDAGOGICO. CONFLICTOS CON PERSONAS MAYORES Y REPRESENTANTES DE LA LEY. AMISTAD CON MALANDROS (*). ALIMENTACION INSUFICIENTE.

- 5.- VIDA SOCIAL IRREGULAR. VAGANCIA. PARTICIPACION EN ACTIVIDADES NO ACEPTABLES. NO VA A LA ESCUELA NI TRABAJA. DESNUTRICION.
- 6.- CONDUCTA DESAFIANTE. DES-EMPLEO. PATERNIDAD PRECOZ. SIN AMIGOS. EN CASA, MOLESTANDO A LOS OTROS. ALCOHOLISMO. DROGAS. NO HACE NADA.
- 7.- VIOLENCIA. HACE DAÑO A OTROS. ABANDONO DE LA HIGIENE PERSONAL HAMBRE. ASALTOS. VIOLACIONES. DETENIDO EN RETEN PARA MENORES. SIN INGRESOS. IMPRODUCTIVO. INCOMPETENTE.

Cuando se trata de niños y jóvenes; es decir, sujetos en etapas evolutivas de su vida, esta misma condición exige una medición del desarrollo y de las condiciones en que éste se cumple. Estas son, además de otras cosas, las potencialidades para satisfacer una suma de necesidades imperiosas para lograr las máximas cualidades funcionales en cada área de la personalidad. **Sólo se es niño una vez**, no hay otra oportunidad para compensar los efectos de las necesidades vitales insatisfechas.

Cuando el niño crece en ambientes óptimos o por lo menos suficientes, la importancia de un ambiente físico y psicosocial puede pasar inadvertida; pero en nuestra población Latinoamericana, donde aproximadamente cien millones de niños viven en estado de pobreza y de múltiples carencias, resultaría necesario un eje que mida el estado evolutivo del desarrollo en estas amenazantes condiciones. Sería, al mismo tiempo, un eje pronóstico, que mediría el riesgo generado por el subdesarrollo individual en la personalidad global y en

cada una de las áreas que la integran. Además, si a ellos se pudiera agregar información válida sobre qué proporción de la población infantil está en riesgo de mostrar desviaciones evolutivas, estaríamos también evaluando cuál es la probabilidad que tienen nuestros países latinoamericanos de superar su propio subdesarrollo. Al respecto, debemos precisar que utilizamos el vocablo subdesarrollo, porque aquí no cabe el eufemismo de «en vías de desarrollo», pues, lamentablemente, el desnutrido, analfabeto, o desertor de la escuela, abandonado, sin sustitutos protectores, identificado con lo malo, lo negativo y lo carencial, etc., no está sino en «vías de sobrevivencia».

Finalmente, de acuerdo a las clásicas concepciones para el desarrollo de diferentes áreas de la personalidad y la satisfacción o no de necesidades básicas, reagrupamos la información contenida en nuestras historias clínicas, en cuanto a las condiciones mínimas necesarias para el desarrollo, en cuatro subgrupos. Igualmente, en cada uno de ellos, listamos los cuadros patológicos correspondientes a las necesidades insatisfechas:

CONDICIONES DEL DESARROLLO EVOLUTIVO

SUBGRUPO Nº 1

SATISFACCION DE NECESIDADES FISICAS: NUTRICION, HIGIENE GENERAL Y PERSONAL. SERVICIOS MEDICOS. VACUNACIONES. VIVIENDA. AGUAS LIMPIAS.

DESNUTRICION. POBRE DESARROLLO PONDO ESTATURAL. MALA SALUD. MAL FUNCIONAMIENTO CEREBRAL

SUBGRUPO Nº 2

SATISFACCION DE NECESIDADES COGNOSCITIVAS: ADECUADA ESTIMULACION. PADRES LECTORES. ESCUELAS SUFICIENTES. ESCOLARIDAD. HERMANOS EN LA ESCUELA. PERMANENCIA EN LA ESCUELA. RENDIMIENTO ESCOLAR. BUEN NIVEL CULTURAL COMUNITARIO. DISPONIBILIDAD DE BIENES MATERIALES Y CULTURALES. DESERCIÓN, REPITENCIA Y POBRE RENDIMIENTO ESCOLAR. DIFICULTAD EN LECTO-ESCRITURA. POBRE PREPARACION PARA EL TRABAJO.

SUBGRUPO Nº 3

SATISFACCION DE NECESIDADES SOCIALES: ADECUADA ESTIMULACION SOCIAL. FAMILIA INTEGRADA. CRECIMIENTO CON LOS PADRES BIOLÓGICOS. MAYOR TIEMPO VIVIENDO JUNTO AL PADRE QUE LO ABANDONO. EXISTENCIA DE PADRES SUSTITUTOS Y SUS CARACTERÍSTICAS. PERSONAS ENCARGADAS DE LA DISCIPLINA Y DE ENSEÑAR LAS NORMAS Y ACTITUDES. AMBIENTE SOCIAL COMUNITARIO ORGANIZADO. HACINAMIENTO. DESACATO A LAS NORMAS. FALLAS EN LA SOCIALIZACION. MALANDRAJE (*). CONSUMO DE DROGAS. ALCOHOLISMO. VAGANCIA. INCUMPLIMIENTO DE ROLES. DIFICULTADES DE CONVIVENCIA. HOMICIDIOS. ACCIDENTES. ABUSO.

SUBGRUPO Nº 4

SATISFACCION DE NECESIDADES AFECTIVAS: ESTIMULACION AFECTIVA ADECUADA. PRESENCIA DE PADRES. ARMONIA CONYUGAL. ACEPTACION. PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS: ABUELA. MADRINA. CONCUBINA (CONCUBINO). RELACION CON LOS HERMANOS. RELACION CON COMPA-

ÑEROS Y PARES.

FRIALDAD AFECTIVA. TRASTORNOS EMOCIONALES. TRASTORNOS DEL VINCULO. NEUROSIS. PSICOSIS

Debemos insistir que somos plenamente conscientes que la clasificación en estos subgrupos no es tarea del DSM-III-R; nuestra intención, al elaborarlos, con el mismo material clínico revisado y con el cual pudimos establecer una línea de continuidad entre los motivos de consulta y la insatisfacción de necesidades básicas, es insistir en la necesidad de incluir esta dimensión evaluativa para la total comprensión de los aspectos psicosociales relevantes en el manejo de cada caso.

4. COMENTARIOS

Al haber ejecutado este trabajo a través de la revisión de historias clínicas y no siendo producto de la aplicación de encuestas o escalas, aceptamos que los subgrupos propuestos para evaluar las condiciones del desarrollo evolutivo, las siete categorías para el G.A.F., las cinco categorías para el estrés agudo y las circunstancias mantenedoras, estén, en su totalidad, sujetos a revisiones y modificaciones, pues, en parte se basan, en criterios arbitrariamente seleccionados.

Nuestro propósito ha sido recoger nuestra experiencia en el uso del DSM-III-R aplicado a niños de la cultura de la pobreza y la marginalidad venezolana, que plantean nuevos interrogantes y problemas de manejo clínico integral enfatizando, además, lo que otros autores han señalado:

(*) Venezolanismo por «delincuencia menor» (N del E.)

que en varios pacientes se identifica más de un estresor igualmente importante, siendo difícil seleccionar cual de ellos se halla más patogénicamente vinculado a la generación de los síntomas. En otros casos, las circunstancias mantenedoras, que ortodoxamente deben aparecer hasta un año antes de la aparición de los síntomas, han estado presentes a lo largo de toda la vida. Esta circunstancia nos lleva al meollo mismo de las definiciones de enfermedad y salud mental, pues no es tan fácil diferenciar si estas manifestaciones constituyen respuesta adaptativas a las circunstancias adversas o son expresión verdadera de patología, hecho de que el niño sea un ser en evolución, debe conducir siempre a preguntarse cómo y por qué ocurrieron los trastornos, y, muy especialmente, cuáles son las expectativas para el futuro, más allá de una exclusiva tarea diagnóstica ateniéndonos sólo a la clínica.

Teóricamente hablando, en los niños muy pequeños, nos encontramos con la dificultad de separar el trastorno físico del trastorno mental, pues en ellos estas áreas de la personalidad están íntimamente conectadas, mucho más, cuanto menores sean. En las historias revisadas encontramos que los estresores sufridos por estos niños fueron más severos que los considerados en el manual. Así, valorándolos en cuanto a su magnitud, intensidad, duración y consecuencias, encontramos también que a medida que mejoraba la calidad de vida, los estresores iban pareciéndose a los de la clase media y a los citados por el manual. Estas características, también, las hemos observado en los pacientes de consulta privada.

Creemos, así, que en los niños, los ejes IV y V adquieren relevancia

especial, por la importancia que el ambiente cultural y afectivo tienen para su desarrollo y nivel de funcionamiento. En Venezuela, y posiblemente en todos los países bolivarianos, estos ejes suelen ser los más útiles para el psiquiatra de niños, pues en ellos se revelan las condiciones de vida del subdesarrollo y la azarosa evolución del desarrollo infantil en nuestras latitudes.

CONCLUSIONES

El material revisado nos ha mostrado la magnitud y frecuencia de los estresores y circunstancias mantenedoras, tan negativas como permanentes, en la infancia venezolana, pues el 80% de su población se ubica en los estratos sociales de pobreza y pobreza crítica. El DSM-III-R se convirtió en un instrumento útil pero culturalmente ineficiente para medir los efectos de la injusta distribución de recursos y bienes culturales en la población infantil, situación que torna las condiciones donde la infancia se desarrolla, insatisfactorias y amenazantes.

Estamos de acuerdo con los propósitos de la Asociación Psiquiátrica Americana de tratar de ordenar, definir, categorizar y estructurar la patología psiquiátrica, aceptando que muchos aspectos no podrían incluirse en su creada taxonomía. Con el presente trabajo no estamos tratando exclusivamente de señalar las dificultades encontradas para evaluar y ubicar las influencias culturales presentes en los casos revisados sino en relevar la urgente necesidad que tienen los psiquiatras Latinoamericanos de niños, de crear su propia categorización de estresores agudos y crónicos y del G.A.F., además de un instrumento para evaluar las condiciones del desarrollo infantil.

REFERENCIAS

1. MASER JD, KAELEBER Ch & WEISE R (1991) International Use and Attitudes Toward DSM-III and DSM-III-R: Growing Consensus in Psychiatric Classification. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 100, Nº 3:271-279
2. MEZZICH JE; FABREGA H & KLEINMANA (1992) Cultural validity and DSM-IV. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol 180, Nº 1:4
3. EISENBRUCH M (1992) Toward a Culturally Sensitive DSM: Cultural Bereavement in Cambodian Refugees and the Traditional Healer as Taxonomist. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol 180, Nº 1:8-10
4. FABREGA H (1992) Diagnosis Interminable: Toward a Culturally Sensitive DSM-IV. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol 180, Nº 1: 5-7
5. ALARCON RD (1991) Toward DSM-IV: Recent history, current status and future options. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*. 37(2):102-8; 112-22
6. BIDEAIN G (1980) Fecundidad general y adolescentes. *Enlace*, Nº 13. Caracas.
7. INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION (1990) Boletín Informativo. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, 1988-89. Caracas.

Dirección Postal: Apartado Postal 804
Caracas. Venezuela