

Capítulo 9

Clasificación de los trastornos psiquiátricos Infanto - juveniles

CARLOS ALMONTE
M. ELENA MONTT

En el desarrollo de la psiquiatría, el acto de clasificar cumple variados objetivos:

- Ordenar los síntomas y signos que distinguen un trastorno de otro, condición indispensable para diseñar un tratamiento eficiente.
- Seguir criterios rigurosos de diagnóstico que permitan intercambiar información.
- Realizar investigaciones clínicas y psicofarmacológicas válidas y confiables.
- Pronosticar cursos evolutivos posibles.
- Obtener un conocimiento estadístico de la prevalencia e incidencia de determinados trastornos.

En psiquiatría la clasificación incluye componentes nosológicos, taxonómicos y estadísticos (Lolas, 1993). El componente nosológico delinea y define la información requerida para la clasificación.

El componente taxonómico organiza las anormalidades en categorías mutuamente exclusivas y conjuntamente exhaustivas, cada una distintiva en alguna característica relevante al propósito general.

El componente estadístico se refiere a los métodos para organizar los datos y para la elección y selección de categorías.

Modelos de clasificación empleados en psiquiatría infantil

Categorial o modelo médico de clasificación. Los desórdenes son considerados presentes o ausentes (el paciente tiene o no tiene retardo

mental). Los desórdenes tendrían ciertas similitudes que determinan diferencias, y su conocimiento tendría implicaciones para comprender la fisiopatología, la psicopatología, el curso y el tratamiento.

Dimensional. Considera la evaluación de dimensiones en la función o disfunción, reduciendo los fenómenos a varias dimensiones en las que el niño puede ser ubicado, por ejemplo; introversión/extroversión, confianza/desconfianza. En algunas oportunidades los instrumentos de evaluación dimensional pueden originar diagnósticos categoriales, por ejemplo: niveles de retardo mental.

Ideográfica. Focaliza el contexto total de la vida del niño para formular el diagnóstico. La aproximación ideográfica tiene aplicación clínica en psiquiatría infantil, ya que el niño es visto en la totalidad de sus circunstancias de vida y varios trastornos y situaciones psicosociales pueden ser registrados y tratados.

Clasificaciones utilizadas en psiquiatría infantil

Clasificación del Grupo de Avance de la Psiquiatría (GAP) de la Asociación Psiquiátrica Americana

La clasificación de los trastornos psiquiátricos infantiles propuesta por el comité de psiquiatría infantil del Grupo de Avance de la Psiquiatría (GAP) de la Asociación Psiquiátrica Americana en 1996, formula una clasificación especialmente diseñada para niños y adolescentes que tiene una base teórica amplia, considerando tanto los aspectos psicosociales como los del desarrollo, incluyendo aspectos interaccionales, etiológicos y fenomenológicos. Está constituida por 9 categorías jerarquizadas que se extienden desde lo normal a lo más grave y desde lo más ambiental a lo más biológico, dejando abierta una décima agrupación para otros trastornos (ver Tabla 9-1).

Aunque esta clasificación no ha tenido un papel importante en los estudios estadísticos de los trastornos psiquiátricos infantiles, la ordenación que propone sigue siendo válida en la comprensión psicopatológica y en la docencia. Su utilización deja implícito que no todo motivo de consulta es una condición patológica y que puede corresponder a una respuesta normal. El hecho de estar ordenada jerárquicamente facilita la comprensión de los diversos trastornos que constituyen la especialidad.

Respuestas sanas o variable normal	- excesivamente independiente
- crisis del desarrollo	- aislacionista
- crisis situacionales	- desconfiada
- otras respuestas	- con tendencia a la descarga tensional
	-de tipo sociasintónico
Trastornos reactivos o adaptativas	-caracterizado por desviaciones sexuales
	-otros trastornos de la personalidad
Trastornos del desarrollo	Trastornos psicóticos
- desviaciones de los patrones de maduración	-psicosis de la infancia y la edad preescolar
- desviaciones de aspectos específicos del desarrollo	-psicosis de la edad escolar
- otras desviaciones del desarrollo	-psicosis de la adolescencia
Trastornos psiconeuróticos	Trastornos psicofisiológicos
- angustiosos	-piel
- fóbicos	-musculoesqueléticos
- de conversión	-cardiovasculares
- disociativos	-respiratorios
- obsesivos – compulsivos	-sanguíneo y linfático
- depresivos	-gastrointestinales
- otros trastornos psiconeuróticos	-otros
Trastornos de la personalidad	Trastornos orgánicos cerebrales
- compulsiva.	-agudos
- Histérica	-crónicos
- Ansiosa	
- Excesivamente inhibida	Retardo mental
	Otros Trastornos

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV)

La existencia de ambos sistemas clasificatorios ha significado un estímulo recíproco al perfeccionamiento de estos sistemas clasificatorios, estando en circulación desde 1993 la décima clasificación internacional y desde 1994 la DSM-IV. Además, han contribuido a estimular en forma muy importante la realización de estudios de campo e investigaciones ajustadas a los criterios

Diagnósticos propuestos, lo que ha redundado en un desarrollo importante de la psiquiatría, la construcción de numerosos cuestionarios y entrevistas estructuradas o semiestructuradas para ser administradas a los padres o a los niños, basados en los criterios diagnósticos de estas clasificaciones. El uso de estos instrumentos de evaluación ha permitido aumentar la confiabilidad y reducir la heterogeneidad en el proceso diagnóstico. Sin embargo, el aporte en la práctica de estos cuestionarios es limitado, debido a que la información proporcionada es insuficiente respecto a situaciones individuales del paciente, como también por la escasa referencia a aspectos del desarrollo, ya que estos cuestionarios están orientados fundamentalmente al estudio sindromático. Estos instrumentos pueden ser considerados como auxiliares o complementarios en el proceso diagnóstico, puesto que no reemplazan la evaluación clínica ni el examen mental.

La DSM-IV (1994) presenta descripciones comprensivas de cada desorden, criterios de diagnóstico específicos y una organización más jerarquizada de las categorías diagnósticas. Utiliza un sistema multiaxial de 5 ejes en que el eje primero especifica el cuadro clínico, el segundo se refiere al desarrollo psíquico, el tercero describe la presencia eventual de patología física agregada, el cuarto señala la presencia de agentes estresores psicosociales y el quinto describe el nivel máximo del funcionamiento adaptativo del paciente en el último año.

La CIE-10, propone 6 ejes diagnósticos, los que se diferencian de los ejes descritos en el DSM-IV en que separa el nivel intelectual en un eje aparte de los trastornos específicos del desarrollo, Eje 1: síndromes psiquiátricos clínicos, eje 2: trastornos específicos del desarrollo, eje 3: nivel intelectual, eje 4: condiciones médicas, eje 5: situaciones psicosociales y eje 6: evaluación global de discapacidad.

Ambas clasificaciones presentan una sección dedicada a los trastornos generalmente diagnosticados o iniciados en la infancia y adolescencia. Para las otras patologías psiquiátricas que puede presentarse en la niñez y adolescencia (trastornos adaptativos, esquizofrenias, depresiones, trastornos somatomorfos y otros), los manuales no hacen diferencia con los criterios utilizados para el adulto (ver tablas 9-2 y 9-3).

TABLA 9-2
 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CIE-10 (CATEGORÍAS
 DIAGNÓSTICAS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES)

Retraso mental

- Retraso mental leve
- Retraso mental moderado
- Retraso mental grave
- Retraso mental profundo
- Otros retrasos mentales
- Retraso mental sin especificación.

Trastornos del desarrollo psicológico

Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje

- Trastorno específico de la pronunciación
- Trastorno de la expresión del lenguaje
- Trastorno de comprensión de(lenguaje
- Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner)
- Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje
- Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.

Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar

- Trastorno específico de la lectura
- Trastorno específico de la ortografía
- Trastorno específica del cálculo
- Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar
- Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar
- Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.

Trastorno específico del desarrollo psicomotor

Trastorno específico del desarrollo mixto

Trastornos *generalizados* del desarrollo

- Autismo infantil
- Autismo atípico
- Síndrome de Rett
- Otro trastorno desintegrativo de la infancia
- Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.
- Síndrome de Asperger
- Otros trastornos generalizados del desarrollo sin especificación

Otros trastornos del desarrollo psicológico.

Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación

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

Trastornos hiperkinéticos

- Trastorno de la actividad y de la atención
- Trastorno hiperkinético disocial
- Otros trastornos hiperkinéticos
- Trastorno hiperkinético sin especificación.

Trastornos disociales

- Trastorno disocial limitado al contexto familiar
- Trastorno disocial en niños no socializados
- Trastorno disocial socializado
- Trastorno disocial desafiante y oposicionista
- Otros trastornos disociales
- Trastorno disocial sin especificación.

Trastornos disociales y de las emociones mixtos

- Trastorno disocial depresivo
- Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos
- Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.

Trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia

- Trastorno de ansiedad de separación de la infancia
- Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia
- Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia
- Trastorno de rivalidad entre hermanos
- Otros trastornos de las emociones en la infancia
- Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación.

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

- Mutismo selectivo
- Trastorno de vinculación de la infancia reactivo
- Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido
- Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia
- Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación.

Trastornos de tics

- Trastornos de tics transitorios
- Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios
- Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Pilles de la Tourette)
- Otros trastornos de tics
- Trastorno de tics sin especificación

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

- Enuresis no orgánica
- Encopresis no orgánica
- Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia
- Pica en la infancia
- Trastorno de estereotipias motrices
- Tartamudeo (esposmofemia)
- Farfullero
- Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados
- Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.

Trastorno mental sin especificación

- Trastorno mental sin especificación.

TABLA 9-3

CLASIFICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (DSM IV)
(CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES)

Trastornos generalmente diagnosticados por primera vez en la infancia, niñez o adolescencia, DSM IV

Retardo mental

- Retardo mental leve
- Retardo mental moderado
- Retardo mental severo
- Retardo mental profundo.

Trastornos del aprendizaje

- Trastorno de lectura
- Trastorno de matemática
- Trastorno de la expresión escrita
- Trastorno del aprendizaje sin otras especificaciones.

Trastornos de las habilidades motoras

- Trastorno del desarrollo de la coordinación.

Trastorno de la comunicación

- Trastorno del lenguaje expresivo
- Trastorno mixto del lenguaje, receptivo-expresivo
- Trastorno fonológico
- Tartamudez
- Desorden de la comunicación sin otras especificaciones.

Trastornos globales del desarrollo

- Síndrome autístico
- Síndrome de Rett
- Trastorno desintegrativo de la niñez
- Síndrome de Asperger
- Trastorno global del desarrollo sin otras especificaciones (incluye autismo atípico).

Déficit de atención y trastornos conductuales disruptivos

- Trastorno de déficit de atención con hiperactividad
- Trastorno de déficit de atención con hiperactividad sin otras especificaciones
- Trastorno de conducta
- Trastorno opositor desafiante
- Trastorno de conducta disruptiva sin otras especificaciones.

Trastorno de la alimentación y del comer, de la infancia y niñez temprana

- Pica
- Rumiación
- Trastorno de la alimentación de la infancia y de la niñez temprana.

Trastorno de tics

- Trastorno de Tourette
- Trastorno crónico de tics motores o vocales
- Trastorno de tics transitorios
- Trastorno de tics sin otras especificaciones.

Trastornos de eliminación

- Encopresis
- Enuresis no debida a condiciones médicas generales.

Otros trastornos de la infancia, de la niñez y adolescencia

- Ansiedad de separación
- Mutismo selectivo
- Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia y de la niñez temprana
- Trastorno de movimientos estereotipados
- Trastorno de la infancia, niñez y adolescencia sin otras especificaciones.

Clasificación diagnóstica de salud mental y trastornos del desarrollo de la infancia y niñez temprana (0 a 3 años)

Para clasificar los trastornos de niños de 0 a 3 años en forma más específica, se desarrolló, en 1994, la que transcribimos en la Tabla 9-4.

TABLA 9-4

CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DE SALUD MENTAL Y TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LA INFANCIA Y NIÑEZ TEMPRANA (0 A 3 AÑOS)

EJE 1. Diagnóstico primario

- 100 Trastornos por estrés traumático
- 200 Trastornos del afecto
- 201 Trastornos de la ansiedad de la infancia y niñez temprana
- 202 Trastornos del ánimo: duelo prolongado
- 203 Trastornos del ánimo: depresión de la infancia y de la niñez temprana
- 204 Trastornos mixtos de expresión emocional
- 205 Trastornos de la identidad sexual en la niñez
- 206 Trastornos de la vinculación reactiva
 - Trastorno de privación y maltrato en la infancia
- 300 Trastornos de adaptación
- 400 Trastornos regulatorios
- 401 Tipo 1 - hipersensitivo
- 402 Tipo 2 - hiporreactivo
- 403 Tipo 3 - impulsivo con desorganización motora
- 404 Tipo 4 - otros
- 500 Trastornos del sueño
- 600 Trastornos de la conducta alimentaria
- 700 Trastornos de la relación y de la comunicación
- 701 Patrón A --> niños sin rumbo y no relacionadas la mayor parte del tiempo, con severas dificultades gnósopráxicas, de modo que aún los gestos intencionados simples son difíciles,
- 702 Patrón B -4 niños que se relacionan en forma intermitente y son capaces de gestos simples intencionados.
- 703 Patrón C --3 niños que evidencian un sentido de relación más consistente, aún cuando ellos son evitadores o rígidos.

EJE 2. Clasificación de los trastornos relacionales

- 901 Sobreinvolucrado
- 902 Infrainvolucrado
- 903 Tenso - ansioso
- 904 Relaciones agresivas - hostiles
- 905 Trastorno relacional mixto
- 906 Abusivas
 - A --> Abuso verbal
 - B --4 Abuso físico
 - C -4 Abuso sexual

EJE 3. Trastornos médicos y del desarrollo

EJE 4. Estresores psicosociales

EJE 5. Niveles de funcionamiento emocional del desarrollo

National Center for Clinical Infant Programs: "Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood". Washington DC, 1994.

Conceptos básicos respecto a los trastornos psiquiátricos infanto-juveniles

Respuesta sana o variable normal. Son aquellas actuaciones que corresponden al período evolutivo y son aceptables a la cultura o subcultura a la cual el niño o adolescente pertenece. Se caracterizan por ser breves, transitorias y adaptativas; ocurren habitualmente en sujetos con desarrollo previo normal, y por ser adaptativas, favorecen la continuidad del desarrollo.

La existencia de un ambiente acogedor, que proporcione modelos de adaptación y relaciones satisfactorias, facilita este tipo de repuestas frente a las crisis del desarrollo o crisis situacionales. En éstas últimas, lo sano es que la expresión de emociones se ajuste a la situación que las provoca. La calidad, intensidad y duración, también se ajusta al hecho provocador, y origina en el observador una respuesta empática (por ejemplo: tristeza frente a la pérdida, ira frente a la injusticia).

Existen dos tipos de respuestas sanas: crisis de desarrollo (período de oposición y crisis de adolescencia) y crisis situacionales (en relación al ambiente externo, duelos, separaciones).

Trastornos de adaptación. Son respuestas de intensidad patológica que se presentan frente a un acontecimiento traumático emocional que refleja un conflicto conciente entre el niño o adolescente y su ambiente. El estrés sobrepasa los mecanismos de adaptación del individuo. Ocurren dentro de los tres primeros meses después de la experiencia, pudiendo durar alrededor de 6 meses, sin embargo, si el estímulo persiste allá de 6 meses, el cuadro se puede prolongar, pudiendo llevar a la fijación del síntoma y perturbando el desarrollo psicológico del individuo (trastorno adaptativo crónico). Los trastornos adaptativos pueden expresarse de diferentes formas: con humor depresivo, con ansiedad, con características emocionales mixtas, con síntomas físicos, con perturbaciones de conducta, emocionales o con aislamiento.

Trastornos del desarrollo psíquico. Por desarrollo psíquico se entiende la serie de transformaciones sucesivas, producto de la interacción estructuralmente entre la disposición genético – hereditaria (maduración) y el ambiente.

La disposición genética está representada por el proceso de maduración que se refiere a los cambios o incrementos dependiente de las características de la dotación genética individual.

Las acciones del ambiente están mediadas, principalmente, por el aprendizaje incidental y programado.

Los trastornos del desarrollo tienen lugar en la primera o segunda infancia. Hay deterioro o retraso del desarrollo de las funciones relacionadas con la maduración del sistema nervioso central. Tienen un curso estable. Existe tendencia a que el deterioro disminuya progresivamente cuando el niño crece, aunque pueden persistir en el adulto algunos déficits leves.

El desarrollo puede perturbarse dando origen a alteraciones globales (R.M., autismo), o parciales, afectando selectivamente las funciones psicomotoras, sensorio-perceptivas, gnósopráxicas, psicosexuales, afectivas y sociales: hiperactividad motora, trastornos del desarrollo del lenguaje (dislexia, disgrafía, discalculia).

Trastornos de manifestación conductual. Se refiere a los trastornos psiquiátricos que se expresan preferentemente en conductas disruptivas, socialmente desajustadas y que son propias de la niñez y adolescencia y comprende a los siguientes síndromes: trastorno de ansiedad generalizada, trastornos fóbicos, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno disociativo – conversivo.

Estos trastornos involucran una restricción de las capacidades y potenciales del sujeto.

Trastornos depresivos. La sintomatología depresiva constituye un motivo frecuente de consulta en los servicios de psiquiatría infantil y

Adolescencia y puede ser la expresión de diferentes cuadros clínicos de distinta significación, tratamiento y pronóstico.

Las características centrales del síndrome depresivo son: existencia de humor depresivo o irritabilidad, incapacidad de vibrar con las experiencias emocionales, desganado y fatigabilidad fácil, bajo rendimiento escolar como expresión de la disminución de la capacidad de atender y comunicarse, aislamiento social, disminución de la confianza y seguridad en las propias decisiones, perturbaciones del sueño (insomnio de conciliación y de medianoche, somnolencia), perturbaciones del apetito (baja de peso, aumento del apetito en los casos atípicos) y conductas suicidas (poco frecuentes en la niñez, aumentan en la adolescencia).

La expresión de la sintomatología tendrá ligeras variaciones según la etapa del desarrollo.

Los cuadros clínicos pueden abarcar, desde las reacciones de duelo y los trastornos adaptativos de expresión depresiva, hasta episodios de depresión mayor, con o sin síntomas psicóticos.

Trastornos del desarrollo de la personalidad. El desarrollo de la personalidad puede quedar perturbado cuando se desarrollan patrones persistentes y fijos de percibir, reaccionar, pensar y relacionarse con los otros y consigo mismo, en un amplio margen de contextos personales y sociales.

Se habla de trastorno de personalidad cuando los rasgos característicos son inflexibles y desadaptativos y organizan la vida del individuo a largo plazo. Casi, la personalidad puede estar organizada en torno a la desconfianza, a la dependencia, al opositorismo, sin que el individuo tenga conciencia de “estrés” o ansiedad respecto a ellos, los rasgos son por lo tanto egosintónicos.

El trastorno del desarrollo de la personalidad puede iniciarse en la infancia o adolescencia temprana, estructurándose en forma progresiva para lograr organizaciones estables en la adolescencia media y tardía que se continúan en la adultez.

Trastornos psicóticos. Se refieren a una perturbación mayor del funcionamiento psíquico que se caracteriza por pérdida del juicio de realidad y de la coherencia de la personalidad, que compromete el pensamiento, el lenguaje, el afecto, las relaciones sociales y la relación del

sujeto consigo mismo. Son trastornos psíquicos disgregativos, con perturbación y escisión de las funciones mentales, de evolución aguda o crónica y de origen exógeno o endógeno.

Trastornos psicofisiológicos. Los trastornos psicofisiológicos son perturbaciones de las funciones fisiológicas, de determinación múltiple, en que los factores psicológicos (capacidad de sentir y expresar emociones y las interacciones interpersonales) desempeñan un papel relevante en su génesis y mantención. Las modificaciones fisiológicas pueden estar mediadas por el sistema neurovegetativo e inicialmente son disfuncionales, pero al prolongarse en el tiempo pueden producir daño tisular.

Se han descrito, dentro de este grupo, síndromes tan diversos como: alopecia areata, apnea emotiva, vómitos cíclicos, anorexia, úlcera gástrica, colitis ulcerosa, cefalea, etcétera.

Trastorno mental orgánico (síndrome psicoorgánico). Se refiere a un conjunto de manifestaciones psíquicas especialmente dependientes de la conciencia, memoria y afectividad, que están en relación con enfermedades somáticas y afectan, directa o indirectamente, al encéfalo en forma difusa o localizada, aguda o crónica. Puede ser secundario a TEC, infección del sistema nervioso central (meningitis, encefalitis, abscesos) a tóxicos, con frecuencia se asocia a otras manifestaciones psiquiátricas, como retardo mental, psicosis y trastorno conductual.

Retardo mental. Funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que conduce o está asociado a déficit en la conducta adaptativa y se manifiesta durante el período de desarrollo (Asociación Americana de Deficiencia Mental).

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association, DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
Grayson P, Carlson G. The utility of a DSM III-R board checklist in screening child Psychiatrist Patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30:669-73
Grupo para el avance de la Psiquiatría GAP Psychopathological disorders in Childhood: Theoretical Considerations and a proposed Classification. New York: ReP^{on} 62, 1966.

Lolas R Consideraciones sobre clasificación y nomenclatura. *Psiquiatría. Acta suplemento*, 1993; (2):1-5.
Mises R. Classification Francaise des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1990; 38(10-11):525.
Mises R, Fortineau J, Jeammet Ph, Lang JL, Mazit Ph, Plantade A *et al.* Classification Francaise des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Psychi Enfance*, 1988; (31-1):67-134.
National Center for Clinical Infant Programs. Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood. Washington DC, 1994. OMS-CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, 1992.
Rapoport JL, Ismond DR. DSM III-R Training Guide for diagnosis of childhood Disorders. New York: Brunner- Mazel, 1990.
Rutter M. Classification. En: Rutter M, Hersov L. *Child Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1977.
Schwab, Stone M, Towbin KE, Tamoff G. Systems of classification ICD 10-DSM III-R and DSM IV. En: Lewis M. *Child and Adolescent Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1991. of *Child and Adolescent Psychiatry*. Washington DC: American Psychiátrica, 1993; (suppl2):7-13.
Kumar F. Classification in child and adolescent Psychiatry: Principles and Issues. En: Lewis M. *Child and Adolescent Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins, Psychiatric Press, 1991.
Fiva H. Clasificaciones psiquiátricas: fundamentales, desarrollo y estado actual. *Acta r JM. Classification of Child and Adolescent Psychiatric disorders: A Historical Schaffer D, Bettis B. Concepts of Diagnostic classification*. En: Wiener JM. *Textbook 1991*.
Review. En: Wiener JM. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1991.

Capítulo 11

Entrevista psiquiátrica en la niñez y adolescencia

CARLOS ALMONTE

La entrevista, en la psiquiatría infantil y del adolescente, es el procedimiento más importante para precisar y delimitar el diagnóstico, elaborar un plan terapéutico y establecer una relación basada en la confianza, respeto y genuino interés por los problemas planteados, ya que las pautas de relación que se establecen con el niño y sus familiares tienden a persistir en el tiempo.

Para cumplir con los objetivos de la entrevista es necesario que el profesional tenga una actitud acogedora, respetuosa y empática, que facilite la comunicación de los consultantes, de modo que éstos puedan referirse a sus problemáticas y a sus características personales en forma semejante a como lo hacen en sus relaciones más cotidianas e íntimas.

Asimismo es importante que en el transcurso de la sesión el entrevistado tenga el tiempo suficiente para reflexionar y elaborar sus respuestas.

La entrevista puede ser abierta, estructurada o semiestructurada según que el interrogatorio se realice en forma libre o mediante cuestionarios contruidos a base de preguntas cerradas o preguntas referidas a áreas de relación o de desarrollo respectivamente, dependiendo de la información que se quiera obtener. Las preguntas más abiertas facilitan en forma más amplia la expresión de los sentimientos, pensamientos, estilos cognitivos, creencias, conocimiento de la personalidad y aspectos biográficos, y las más cerradas y directas permiten obtener respuestas a preguntas más puntuales e información mas precisa y corresponde a los cuestionarios estructurados usados en investigaciones clínicas o psicofarmacológicas.

Con respecto a la distancia psicológica, ésta depende de la edad y de

Clínico. En general se utiliza un lenguaje comprensible, ajustado a las características socioculturales y del desarrollo cognitivo. Con los niños menores la distancia suele ser de cercanía o proximidad, se usan juguetes y a veces el contacto físico. En los escolares y con algunos adolescentes la distancia suele ser intermedia: siendo aún mayor en el caso que se observe una conducta manipuladora, bizarra, caótica o desorganizada, y también en el caso de adolescentes desconfiados, traídos contra su voluntad o excesivamente defendidos, con los que el entrevistador debe tener una actitud prudente y contenedora.

Es importante observar la distancia emocional en que se ubica el entrevistador, siendo necesario en una primera etapa, ser prudente, evitando la sobreinvolucración, ser intrusivo, invasor o muy lejano. Esto facilita una adecuada vinculación terapéutica.

La entrevista puede realizarse a los padres y niños por separado o en conjunto lo que dependerá de los antecedentes que se tengan respecto al motivo de consulta, de quién tuvo la iniciativa para consultar, de quienes concurren a la entrevista y de la edad de los consultantes. En general, es recomendable que en pre-escolares y escolares se comience la entrevista con ambos padres y el niño, ya que ello permitirá observar la relación entre éstos, así como la reacción del menor con respecto al motivo de consulta.

Posteriormente es recomendable conversar a solas con los padres con el objeto de indagar información que fuese adecuada proporcionar delante del hijo, poder observar la tolerancia del menor a la exclusión y su actitud frente a la separación. Luego se suele entrevistar al menor, pudiendo, en ocasiones, observarse cambios en el comportamiento del niño en la ausencia de sus padres.

En caso de ansiedad de separación no se insiste inicialmente en ver por separado al menor, y en los trastornos de conducta es recomendable comenzar el interrogatorio con los padres.

Cuando la iniciativa de consultar surge de un adolescente que ha tomado conciencia de sus problemas, la entrevista principalmente se realiza con éste, y se informa oportunamente a los padres de las conclusiones alcanzadas y del plan de tratamiento. En el caso de los adolescentes llevados contra su voluntad, es recomendable iniciar la entrevista con los padres.

No obstante lo anterior, dada la gran cantidad de información que se debe recoger en la entrevista psiquiátrica, algunos profesionales prefieren realizar una primera entrevista con los padres y luego otra con el menor.

Para alcanzar los objetivos diagnósticos de la entrevista se requiere reunir algunos datos básicos, tales como el motivo de consulta, características de la familia, historia del desarrollo del menor, un examen físico y un examen mental.

Al finalizar la entrevista se plantean hipótesis diagnósticas e indicaciones. Éstas últimas pueden ser para solicitar mayores antecedentes para la evaluación diagnóstica: exámenes médicos, exámenes de laboratorio, exámenes psicológicos, informe escolar, informe de tratamientos anteriores, entrevista a otros miembros de la familia.

Se definirá un plan de tratamiento cuya duración. Orientación y objetivos se acordarán con los padres, con participación del niño o adolescente en la medida que corresponda.

Pauta de entrevista

Datos de identificación:

- Nombre del niño, fecha de la entrevista, fecha de nacimiento, edad, escolaridad.
- En cuanto al informante: relación con el niño, edad y escolaridad.

Motivo de consulta:

- Descripción y delimitación del síntoma, su inicio, relación con acontecimientos significativos, factores que aumentan o disminuyen el síntoma y fluctuaciones, estado de salud previa.
- Reacción de la familia frente a la situación. Acciones, consultas y tratamientos previos.

Antecedentes personales:

- Embarazo: deseado o no deseado, controlado. Problemas en embarazo. Antecedentes de maniobras abortivas. Parto y edad gestacional (en semanas o meses). Condiciones del parto:

- Recién nacido: apgar, peso de nacimiento. Antecedentes de asfixia peri o neonatal, ictericia, fototerapia, hospitalización del recién nacido, temblores, convulsiones.
- Lactancia materna: duración, dificultades.

Desarrollo neuropsicológico:

Desarrollo motor: edad a la que sujetó la cabeza, se sentó, caminó.

Desarrollo de lenguaje: edad que inició sonrisa, balbuceos, primeras palabras, primeras frases y lenguaje comprensible.

Control esfinteriano y edad de control diurno, nocturno y condiciones del aprendizaje.

Desarrollo de hábitos de alimentación y de sueño. Desarrollo afectivosocial y adaptación a normas, control de impulsos, afecto predominante, relación con el grupo de pares, relación con adultos.

Antecedentes escolares: asistencia a sala cuna, jardín infantil, prekinder, kinder. Edad de ingreso, rendimiento, adaptación socioafectiva.

Primer ciclo básico: ingreso, rendimiento, adaptación socioafectiva, curso y edad en que aprendió la lectoescritura, antecedentes de trastornos de aprendizaje. Segundo ciclo básico y enseñanza media: rendimiento y adaptación socioafectiva.

Antecedentes mórbidos. Enfermedades infecciosas, accidentes traumatismos, convulsiones, epilepsia, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas.

Antecedentes familiares:

- Preguntas respecto a ambos padres por: nombre, edad, escolaridad, ocupación. Descripción del carácter personal y su relación con el niño.
- Disciplina: estilo, método (golpes, gritos, castigos, sanciones, etc.). Consumo de alcohol, drogas. Antecedentes psiquiátricos personales y familiares. Antecedentes mórbidos de importancia.
- Hermanos: nombre y apellidos de los hermanos en orden descendiente, escolaridad, carácter general, antecedentes mórbidos y psiquiátricos de cada uno.

- Características familiares: familia nuclear con sistema parental completo o incompleto, amplia.
- Subsistema parental funcional o disfuncional.
- Subsistema conyugal: tipo de pareja (convivencia o matrimonio), años y calidad de la relación, separaciones, violencia conyugal, riesgo de separación.
- Calidad de las relaciones fraternas y parentofiliales.
- Otras personas que intervienen en la educación del niño: descripción de éstas en cuanto a sexo, edad, relación de parentesco y características personales.

Características de la vivienda:

- Pertenencia, cuenta con urbanización elemental (luz, agua potable dentro de la casa, alcantarillado) número de piezas, número de camas y distribución del espacio de dormir.
- Condiciones económicas. Personas con las que comparten la casa o el sitio.

Entrevista al niño o adolescente y examen mental: (Información respecto al motivo de la consulta)

- Aspecto general, fascies, desarrollo pondoestatural. Actitud durante la entrevista, cooperación, inhibición, rechazo oposicionista, atención, concentración, memoria, cercanía, modulación de afectos, humor, comunicación no verbal, conductas bizarras, inquietud, adaptación a la entrevista, ajuste, adecuación, lucidez, conciencia, juicio de realidad. Presencia de alucinaciones, delirio, apreciación clínica de rendimiento intelectual, etcétera.
- Características del lenguaje, fluidez del discurso, disgregación,
- Características de la lectura, escritura, copia.
- Características del juego, organización, funcionalidad, simbolismosimbo.
- Interacción con la madre: (tipo de vinculación)
- Estudio de personalidad: descripción de las relaciones con padres y amigos, figuras de autoridad. Opinión de sí mismo y de los demás.
- Evaluación del desarrollo moral, afectivo, cognitivo y sexual.

La entrevista termina con la formulación de hipótesis diagnóstica en el nivel sindromático, de desarrollo y de interacciones interpersonales y las indicaciones pertinentes

BIBLIOGRAFÍA

Franco R, Almonte C. La entrevista psiquiátrica en la niñez y adolescencia. En: Almonte

C. Apuntes docentes, Depto. Pediatría U. de Chile, Hosp. R. del Río, 1994.

Kesterbaum C. The clinical interview of the child. En: Wiener J. Textbook of Child and

Adolescent psychiatry. Washington: American Psychiatric Press, 1991.

Schawalter J, King R. The clinical interview of the adolescent. En: Wiener Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. Washington: American Psychiatric Press, 1991