

CAPÍTULO 6

LAS CLASIFICACIONES EN PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

Edelmira Doménech Llaberia

Lourdes Ezpeleta Ascaso

1. INTRODUCCIÓN

La naturaleza no está clasificada. Las clasificaciones no son más que artefactos que los hombres introducimos en la naturaleza para entenderla y comunicarnos entre nosotros.

La psiquiatría infantil se ha basado principalmente en la clínica y ha vivido hasta hace pocos años casi al margen de las clasificaciones. Hoy todavía existen profesionales que piensan que clasificar los trastornos mentales de los niños y adolescentes es contraproducente. Aunque cada vez sean menos los que así opinan, no debe olvidarse que ésta fue la opinión de la mayoría de paidopsiquiatras durante más de la mitad del siglo XX.

El interés por clasificar las enfermedades de los niños es un fenómeno reciente. Su aparición es posterior al desarrollo de las clasificaciones en psiquiatría del adulto. No obstante actualmente las clasificaciones son fundamentales para la consolidación de una psicopatología infantil científica.

La creación de la psiquiatría científica moderna se debe en gran parte a dos hechos señalados por Weiner (1991): de un lado, la revolución biológica, que se inicia con el descubrimiento de las propiedades antipsicóticas de la clorpromazina (1952) y, de otro, la revolución diagnóstica que arranca de la publicación de los criterios diagnósticos de Feighner et al. (1972) que

servieron de base al DSM-III (APA, 1980). Este representa un paso decisivo en la utilización de las clasificaciones en psiquiatría del adulto.

A partir de este momento el interés por clasificar también los trastornos psiquiátricos de los niños va en aumento. Sin embargo, la clasificación de la psicopatología infantil sigue siendo todavía muy dependiente de la nosografía pensada para el adulto, etapa en la que los síndromes y trastornos suelen estar mucho más delimitados y fijos que en el adolescente o en el niño. Esto hace que en este último decenio del siglo XX queden muchas cuestiones por resolver en la forma de clasificar la psicopatología infantil.

Aunque el profesional clínico con experiencia pueda resolver el problema psicopatológico de un niño sin acudir a las clasificaciones, éstas son imprescindibles para el progreso científico de la paidopsiquiatría. Sin unos criterios diagnósticos operativos y un sistema clasificatorio adecuado es imposible realizar buenos estudios epidemiológicos, evaluar resultados de un tratamiento con psicofármacos o con técnicas psicológicas, hacer investigación genética de los trastornos mentales infantiles o contrastar resultados obtenidos por los estudiosos del tema en diferentes laboratorios y hospitales.

Por tanto elevar el nivel científico de la psiquiatría infantil exige plantearse trabajar con las clasificaciones. Consideramos un hecho positivo la mayor participación de paidopsiquiatras en la elaboración del DSM-IV (APA, 1994), que en las anteriores ediciones. También es esperanzador el hecho de que muchos psiquiatras franceses de tendencia dinámica y antinosográfica hasta hace poco tiempo, hayan participado en la redacción de la *Classification française des troubles mentaux de l'enfance* (Misès et al., 1988) que tiene el mérito de centrarse muy específicamente en los niños y adolescentes.

Antes de pasar a analizar las principales taxonomías paidopsiquiátricas existentes comentaremos brevemente las dificultades de las clasificaciones infantiles.

2. DIFICULTADES PARA CLASIFICAR LOS TRASTORNOS MENTALES DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Elegir un sistema de clasificación en psicopatología infantil es una tarea comprometida y difícil porque cualquier elección no es neutra. Sin embargo ésta orienta de forma muy decisiva la práctica clínica, el tratamiento, la investigación o la organización de una red sanitaria por parte de una administración. A continuación, planteamos algunas de las dificultades encontradas.

- 1) Los apartados que tratan de los niños en las dos grandes clasificaciones de mayor difusión internacional, el DSM (APA) y la CIE (OMS), tienen poco en cuenta el factor evolutivo así como las diferencias de expresión de los síntomas según la edad. Esto constituye un verdadero problema en las primeras etapas del desarrollo. Pero lo es en toda la etapa infanto-juvenil. En estos períodos de cambios rápidos puede ser difícil hacer

encajar un trastorno dentro de una unidad sindrómica rígidamente organizada según la forma que tiene el síndrome en la adultez.

- 2) Por otra parte, el espacio reservado a los niños en estas dos clasificaciones es proporcionalmente muy reducido. Esto arranca desde el inicio de las clasificaciones categoriales, es decir de la obra de Kraepelin. Cuando éste publicó por primera vez la clasificación de las enfermedades mentales (1899) no dedicó ningún apartado a los niños. Esta laguna se ha ido perpetuando en las clasificaciones neokraepelianas. Todavía en los años sesenta la psicopatología infantil quedaba muy marginada tanto en la ICD-8 (WHO, 1967) como en el DSM-II (APA, 1968). Este solamente consideraba dos categorías infantiles: la reacción de adaptación y la esquizofrenia infantil. Con la gran ampliación de las categorías diagnósticas de la ICD-9 (WHO, 1978) y del DSM-III (APA, 1980), los trastornos infantiles salen beneficiados pero siguen en situación de inferioridad respecto a los de los adultos y esta situación no mejora en el DSM-III-R (APA, 1987) ni en el DSM-IV.
- 3) Una dificultad importante para clasificar los trastornos en la infancia es la delimitación de los mismos. En psicopatología infantil la tarea de describir y delimitar exactamente los trastornos, condición indispensable para clasificar, está todavía en parte por hacer. Por un lado no existe, hoy por hoy, consenso sobre qué trastornos existen realmente en los niños; este problema se acrecienta por debajo de los seis años. Por otra parte la comorbilidad es muy elevada tanto en los niños más pequeños como en el adolescente. Esto explica que se cambien o se introduzcan nuevas categorías de una edición a otra dentro de una misma clasificación. Para poner un ejemplo el DSM-IV introduce el "trastorno de la alimentación en la infancia" que no era contemplado ni por el DSM-III ni por el DSM-III-R.
- 4) Si comparamos las categorías diagnósticas de las tres clasificaciones más utilizadas en Europa, es decir la CIE-10, el DSM-IV y la *Classification française des maladies mentales*, llama la atención la falta de concordancia entre ellas. Así por ejemplo, los tipos de depresión infantil de estas tres clasificaciones son distintos.

Algunas psicopatologías infantiles o juveniles no se pueden englobar en ninguno de los criterios de una clasificación determinada o, si se hace, es solamente de una forma aproximada.

- 5) Si en vez de utilizar una clasificación categorial uno opta por una clasificación cuantitativo-matemática se resuelven algunos de los problemas anteriores pero se encuentra con otros. Esta nueva forma de clasificar no parte directamente de la clínica y los síndromes con escasa prevalencia como es el autismo infantil no quedan reflejados en la clasificación.

El que debe elegir se encuentra entre dos extremos: un sistema muy codificado de gran difusión en la comunidad internacional pero rígido y reduccionista por haber tenido que simplificar el contenido psicopatológico, o bien un sistema más flexible que valore más los aspectos evolutivos y de continuidad o discontinuidad de las patologías, a cambio de perder objetividad y operatividad.

Partiendo de la idea de que no existe una clasificación perfecta, ya que las clasificaciones no son más que unos instrumentos necesarios pero incapaces de plasmar toda la realidad psicopatológica, pasamos a describir las principales clasificaciones que se han utilizado y se utilizan en la infancia.

3. TAXONOMÍAS PARA LOS TRASTORNOS INFANTILES

Las hemos dividido en dos grupos (Doménech, 1989):

- a) las que se derivan de las nosologías de adultos
- b) las que han sido creadas directamente para los niños

3.1. Sistemas de clasificación derivados de las nosologías de adultos

Son fundamentalmente el **DSM** y la **CIE**. Ambas son clasificaciones clínicas, categoriales y con un enfoque descriptivo de los síndromes clínicos.

El enfoque descriptivo, también llamado ateorético, significa que los trastornos figuran en forma de características clínicas observables. Las categorías diagnósticas están definidas a base de signos y síntomas identificables a los que se ha denominado "criterios operacionales de diagnóstico".

Estas clasificaciones son categoriales porque la unidad de clasificación es la categoría basada en la observación y el juicio clínico.

Las primeras clasificaciones categoriales eran lineales lo que significa que los trastornos se clasificaban siguiendo un criterio único. Pero las actuales (CIE-9, ICD- 10, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) son multiaxiales, lo que permite clasificar los trastornos siguiendo criterios diversos. Con el uso del sistema multiaxial se obtiene un conocimiento más completo del paciente al mismo tiempo que se incrementa el número total de diagnósticos posibles. El sistema multiaxial ha sido considerado en general como uno de los mayores logros de este sistema diagnóstico.

3.2. Sistemas de clasificación creados específicamente para trastornos infantiles

Este grupo podemos subdividirlo a su vez en:

- a) Clasificaciones cuantitativas
- b) Clasificaciones categoriales

3.2.1. Las clasificaciones cuantitativas o dimensionales

Estas clasificaciones no se basan en un diagnóstico clínico como los sistemas categoriales. Derivan de la aplicación de métodos estadístico-matemáticos a listas de posibles síntomas y signos para medir la tendencia de ítems de conducta específicos a presentarse agrupados en forma de lo que se denomina “dimensiones de conducta”.

Los sistemas categoriales asignan los trastornos a las categorías basándose en características que consideran necesarias y suficientes para determinar la pertenencia a la categoría. Por el contrario, los sistemas dimensionales consideran que la pertenencia a una categoría es una cuestión de grado o medida en que las características del individuo coinciden con las características que definen la categoría (prototipo). Los sistemas dimensionales proporcionan taxonomías de prototipos (características que tienden a ocurrir conjuntamente) a través de análisis factorial.

Por tanto las clasificaciones cuantitativas emplean técnicas estadísticas para identificar pautas de comportamiento interrelacionadas entre sí. Los primeros en emplear este sistema fueron Ackerson (1942) y Hewitt y Jenkins (1946).

Básicamente lo que hacen las clasificaciones cuantitativas de la psicopatología infantil es aplicar técnicas correlacionales a una serie de conductas patológicas. Las correlaciones miden la tendencia que tienen las pautas de conducta anómala a concurrir. La detección de estas pautas se hace a partir de listados de ítems contenidos en las escalas de “evaluación conductual”. Una vez obtenidas las correlaciones entre ítems se pueden hacer análisis estadísticos multivariantes de estas correlaciones para detectar agrupaciones de síntomas que covarían.

Existen distintas formas de análisis multivariable. Uno de ellos que ha sido muy utilizado es el denominado “análisis de cluster”. Los “cluster” son agrupaciones de ítems que se excluyen mutuamente. Otro método es el análisis factorial, el cual, a diferencia del anterior, permite que un mismo ítem o síntoma pueda entrar a formar parte de más de un síndrome.

La obtención de los mismos síndromes o de síndromes similares en distintas investigaciones y en distintas poblaciones ha demostrado la validez de constructo de los prototipos obtenidos empíricamente (Achenbach y Edelbrock, 1983, 1986; Achenbach, Verhulst, Baron y Althaus, 1987; Quay, 1986a). Así, las dimensiones *Trastorno de conducta infrasocializado (agresivo)*, *Ansiedad-Retraimiento-Disforia*, *Socializado-agresivo (delincuente)*, *Déficit de atención-Hiperactividad*, *Quejas somáticas*, *Infracontrolado (externalizante)*, *Hipercontrolado (internalizante)* han demostrado una gran generalidad. Además, se ha demostrado que existe relación entre las dimensiones y las categorías del DSM-III: a mayor puntuación T en el Child Behavior Checklist (CBC; Achenbach y Edelbrock, 1983) correspondía una mayor probabilidad de ser diagnosticado en alguna de las categorías evaluadas del DSM-III, siendo la relación más estrecha entre las dimensiones *Hiperactivo*, *Delincuente*, y *Deprimido* y las categorías

Trastorno por déficit de atención, Trastorno de conducta y Depresión-Distimia respectivamente (Edelbrock y Costello, 1988).

En el momento actual, quizá la taxonomía dimensional más elaborada y de mayor uso en psicopatología de la infancia y la adolescencia es la de Achenbach y Edelbrock (1983). Estos autores elaboraron su taxonomía a partir del análisis factorial de los ítems sobre problemas de conducta del cuestionario CBC que habían contestado los padres de 2.300 niños de consulta psicológica/psiquiátrica. Los análisis se efectuaron separadamente para cada sexo y para los grupos de edad 6-11 y 13-17 años. Las dimensiones resultantes del primer análisis factorial son las escalas de banda estrecha, y las resultantes de los análisis de segundo orden son las escalas de banda ancha. Estas últimas representarían tres tipos de síndromes, unos de conductas "internalizantes", esto es intrapsíquicas, otros "externalizantes" o de proyección hacia los demás, y otros mixtos. Las normas para cada una de las escalas se obtuvieron de las puntuaciones que dieron los padres de 1300 niños normales seleccionados aleatoriamente. Las puntuaciones brutas se transforman en puntuaciones T y la gráfica resultante permite comparar el grado en que el niño estudiado presenta las características de cada dimensión en comparación con otros niños de su misma edad y sexo. Aplicando métodos taxométricos, como por ejemplo los métodos de agrupación y en concreto en este caso el método de agrupación centroide, sobre las escalas de banda estrecha, se construyeron los perfiles que identifican a grupos de individuos con características de perfil similares. La fiabilidad y validez de este cuestionario ha sido ampliamente demostrada y estudiada (Achenbach y Edelbrock, 1983). En 1991 Achenbach revisó el instrumento haciéndolo más uniforme para las distintas edades y sexos y teniendo en cuenta la información de diferentes fuentes (padres, el propio niño y el maestro). Esto facilita enormemente la labor de evaluación al clínico y permite realizar comparaciones en la investigación. En la tabla 1 recogemos las dimensiones resultantes en el perfil de 1991. En este perfil, las escalas de banda ancha y banda estrecha son iguales para todas las edades (4-11 y 12-18) y para ambos sexos, pero la puntuación difiere para cada uno de ellos.

Tabla 1.
Escalas derivadas a partir de análisis factoriales en la CBCL (perfil de 1991).

	SÍNDROMES INTERNALIZANTES	SÍNDROMES COMBINADOS	SÍNDROMES EXTERNALIZANTES
Niños/as 4-11 y de 12-18 años	Retraimiento Quejas somáticas Ansiedad/Depresión	Problemas sociales Problemas del pensamiento Problemas de atención	Conducta delictiva Conducta agresiva

Cantwell y Rutter (1994) han señalado como algunas de las limitaciones de este tipo de clasificación la ausencia de criterios externos de validación de las agrupaciones de síntomas, la necesidad de limitarse a los ítems de unos

cuestionarios, la incapacidad de identificar síndromes poco frecuentes, el autismo infantil es un ejemplo, y la falta de criterios externos para decidir el número de agrupaciones que deberían de existir.

3.2.2. Clasificaciones categoriales

Una de las primeras fue el **perfil diagnóstico de Ana Freud (1965)**. Partiendo de la teoría psicoanalítica, A. Freud hizo un intento de crear categorías diagnósticas basadas en los conceptos de fijación, regresión, desarrollo del super-yo, etc. Su esfuerzo en crear un sistema taxonómico infantil no se vio recompensado ni por una aplicación clínica amplia ni por unos estudios de fiabilidad y validez de sus categorías.

Mayor interés y difusión tuvo la **clasificación del "Group for the Advancement of Psychiatry" o GAP (1966)**. Deriva también de la teoría psicoanalítica. Consta de diez grandes categorías: 1. Repuestas de salud; 2. Trastornos reactivos; 3. Anomalías del desarrollo; 4. Trastornos psiconeuróticos; 5. Trastornos de la personalidad; 6. Trastornos psicóticos; 7. Trastornos psicofisiológicos; 8. Síndromes cerebrales; 9. Retraso mental; 10. Otras alteraciones. Tiene interés porque valora la dimensión evolutiva en psicopatología. Incluye categorías tales como los trastornos psicofisiológicos que no estaban contemplados por la DSM. Fue una lástima que la fiabilidad de los diagnósticos del GAP proporcionara resultados muy pobres.

En 1968, a raíz de un coloquio de la OMS en París el año anterior apareció una primera clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos de los niños. En su elaboración participaron personalidades relevantes de la paidopsiquiatría de Francia y Gran Bretaña (Lebovici, Diatkine, Rutter, Misès, Koupernik y Sadoun, 1968; Rutter, 1968).

La clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (Misès et al., 1988) es una clasificación categorial biaxial. El primer eje contiene las categorías clínicas básicas y el segundo se refiere a factores etiológicos o asociados. Este, a su vez, comprende dos subejos que hacen referencia a las causas orgánicas y a los condicionantes ambientales. Siempre debe clasificarse primero el trastorno de acuerdo con el eje I que es el que proporciona una categorización clínica. Esta clasificación tiene la pretensión de cubrir toda la psicopatología del niño y del adolescente, a partir de las primeras etapas evolutivas. No se limita a los síntomas y signos observables; intenta además proporcionar una visión globalizante y evolutiva del trastorno. Se acompaña de un glosario que contiene definiciones y criterios de inclusión y de exclusión. Hasta este momento se han estudiado las equivalencias de las categorías de la clasificación francesa con las de la CIE-10. Estos estudios han sido realizados por paidopsiquiatras franceses entrenados en el empleo de esta clasificación.

La clasificación de la psicopatología del niño antes de los tres años se ha independizado lentamente de la psiquiatría general y de la paidopsiquiatría a la que evidentemente permanece unida (Kreisler, 1984). Existen algunas

clasificaciones que pueden aplicarse desde el nacimiento, como las de Greenberg (1970), Call (1983) y Kreisler (1978).

La **clasificación de Greenberg** fue presentada en el séptimo congreso de la sociedad internacional de psiquiatría infantil que se celebró en 1970 en Jerusalén. Es la primera clasificación que hemos encontrado para la psicopatología del lactante. Partiendo de una base comportamental, Greenberg agrupa unas cincuenta conductas atípicas y las relaciona con el comportamiento materno. Consta de nueve apartados. El primero, el más extenso, se refiere a los trastornos alimentarios y considera quince trastornos; le sigue en extensión el que trata de la adquisición de hábitos. Los demás versan sobre trastornos de la eliminación, estereotipias, alteraciones del "arousal", trastornos afectivos, alteraciones de la relación con objetos, alteraciones cutáneas y respiratorias, y trastornos generales del desarrollo.

Mejor conocida es la **clasificación de Call (1983)** por haber sido incluida en el primer volumen de *Frontiers of infant psychiatry* (Call, Galeson y Tyson, 1983) que ha sido traducido a muchos idiomas. Call partió de la clasificación del GAP (1966) y adaptó las tres primeras categorías: reacciones de salud (capacidad de afrontamiento), trastornos reactivos y alteraciones del desarrollo. Estos tres apartados tienen en cuenta los cambios evolutivos rápidos así como los factores de estrés psicosocial del entorno. Las siete categorías restantes son las siguientes: alteraciones psicofisiológicas, trastornos de la vinculación, alteraciones de la relación con los padres, trastornos de la conducta, alteraciones del entorno, trastornos genéticos y patología de la comunicación.

Estas dos clasificaciones eran categoriales y lineales y no pretendían ser una forma definitiva de clasificación de la psicopatología de la primera infancia.

La **clasificación de Kreisler (1978)**, supuso el primer intento de clasificación multiaxial de la psicopatología de las primeras edades. Propuso entonces tres ejes: el primero hacía referencia a la expresión de la psicopatología, el segundo al modo de funcionamiento psíquico (reactivo, psicótico, neurótico, etc). Y el tercero a la etiología.

El progreso de los conocimientos sobre interacción, funcionamiento psíquico del lactante y niños de riesgo desde 1978 llevó a Kreisler a introducir modificaciones en su clasificación inicial y a presentar una nueva propuesta nosográfica. Su nueva clasificación (1984) tiene cuatro ejes: expresión clínica, estructuras interactivas, factores etiológicos y evaluación del riesgo (tabla 2).

3.2.3. Clasificación propuesta por el modelo de psicopatología evolutiva

Este es un modelo de análisis de la psicopatología infantil que explica el desarrollo tanto normal como patológico y se centra particularmente en las primeras etapas de la vida. Tiene una forma distinta e innovadora de clasificar la psicopatología que se fundamenta tanto en las conductas desviadas como en los déficits comportamentales en cada etapa del desarrollo desde el nacimiento. Propuesta inicialmente por Greenspan y Lourié (1981), dicha

clasificación se basa en la forma en que el niño organiza sus conductas y procesa e integra la información que le llega del mundo circundante y de sus experiencias. Lo que considera son niveles de funcionamiento a lo largo del desarrollo. Quizá sea el mejor ejemplo de aproximación estructuralista para conceptualizar el funcionamiento adaptado y patológico (Garber, 1984).

Tabla 2.
Clasificación multiaxial de la psicopatología de la primera edad según L. Kreisler.

<p>Eje I Referencia clínica básica (Forma de expresión clínica)</p>	<p>A. Expresión somática. 1. Patología psicósomática. 2. Consecuencias somáticas de comportamientos anómalos. 3. Fenómenos de "conversión" somática. B. Alteraciones del desarrollo. C. Expresión psicomotora y conductual.</p>
<p>Eje II Referencia estructural</p>	<p>A. Según la estructura de las interacciones. Ejemplo: Insuficiencia, evitación excesiva, incoherencia, discordancias. B. Según la estructura funcional de la mente. Ejemplo: estados deficitarios, depresión, trastornos por ansiedad y fóbicos, vacío afectivo, psicosis y estados límite. C. Según la cronología de las interacciones. Ejemplo: fase primaria, período anaclítico, fase terminal de la 1ª edad.</p>
<p>Eje III Referencia a factores etiológicos (Patógenos o asociados)</p>	<p>A. Orgánicas. Ejemplo: mongolismo, mixedema, fenilcetonuria. B. Ambientales: 1. Del mismo niño: prematuridad, hospitalización, separaciones repetidas. 2. Familiares: psicopatología de los padres, alteración de la estructura familiar. 3. Económicos y socioculturales.</p>
<p>Eje IV Referencia al riesgo</p>	<p>A. Grado de intensidad. Ejemplo: variación normal, trastorno reactivo, riesgo elevado, medio y bajo. B. Naturaleza del riesgo (según I, II y III). 1) en relación a la patología infantil. Ej. somatización severa, depresión, psicosis. 2) en relación a los factores etiológicos. Ej. enfermedad orgánica cerebral, riesgo neonatal, depresión materna, maltrato.</p>

(Fuente: Kreisler, L. (1984). Problèmes spécifiques de classification en psychiatrie du premier âge: propositions nosographiques nouvelles. *Confrontations psychiatriques*, 24, p. 226).

Todas estas clasificaciones tienen interés pero carecen de la fiabilidad y validez de las dos grandes clasificaciones de la psicopatología que son en este momento la CIE-10 y el DSM-IV. Este es el principal motivo por el cual también son las que más se están utilizando en la investigación de la psicopatología infantil. Por ello les dedicamos un apartado especial y un mayor espacio al final de este capítulo.

4. LOS TRASTORNOS INFANTILES EN EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM)

Los manuales DSM son los sistemas de clasificación de los trastornos mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA). Hasta el momento han existido el DSM-I (1952), el DSM-II (1968), el DSM-III (1980), el DSM-III-R (1987) y el DSM-IV (1994). El penúltimo fue el tránsito del DSM-III, criticado por la escasa validez de algunas categorías, la falta de acuerdo sobre algunos criterios y la falta de base empírica (Quay, 1986b; Rutter y Shaffer, 1980), al DSM-IV, de reciente aparición. Estos cambios tan rápidos de un sistema a otro también han sido objeto de crítica, dado que entre una revisión y otra ha mediado un tiempo muy escaso para realizar los estudios de campo (Gift, 1988; Rey, 1988; Zimmerman, 1988).

Los sistemas DSM se definen como sistemas de clasificación de tipo *categorial, jerárquico y multiaxial*, cuyo objetivo consiste en "ofrecer descripciones claras de las categorías diagnósticas para facilitar a los clínicos e investigadores el diagnóstico, la comunicación, el estudio y la atención a las personas con diversos trastornos mentales" (APA, 1994, p. XXVII). El término *categorial* ya lo hemos descrito anteriormente. *Jerárquico* significa que presenta una subdivisión de los trastornos con estructura en árbol y cuanto más se desciende por las ramificaciones, más aumenta la especificidad de la definición. En el DSM-III-R y DSM-IV las reglas jerárquicas se han suavizado mucho con respecto a las versiones anteriores y, consecuentemente, es más probable hacer diagnósticos múltiples. Finalmente, un sistema *multiaxial* requiere que cada caso se evalúe en varios ejes o aspectos que pueden ser relevantes para la planificación del tratamiento y la predicción de la respuesta individual permitiendo la aplicación de un modelo biopsicosocial. En la tabla 3 se recogen los ejes del DSM-III-R y DSM-IV que permiten realizar una evaluación biopsicosocial. Como puede apreciarse, los trastornos se reúnen en los ejes I y II. En el eje I están clasificados los síndromes clínicos y aquellos estados por los que se acude a consultar pero que no son atribuibles a trastornos mentales. El eje II se ha reservado para los trastornos de la personalidad y la deficiencia mental.

En la tabla 4 se especifican las categorías generales en que se subdividen los trastornos en el DSM-III-R (18 categorías) y el DSM-IV (17 categorías). La primera de ellas es la que más interesa en este capítulo ya que en ella se recogen los trastornos que típicamente se manifiestan en la infancia, niñez o adolescencia. Sin embargo, con esta categoría no sería suficiente para cubrir todo el abanico de patologías que pueden presentarse en este

edades. Así, debemos recurrir al resto de las categorías cuando se trata de trastornos cuyo inicio, típicamente es en la edad adulta más que en la niñez o adolescencia. Este es el caso de la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo, algunos trastornos por ansiedad, trastornos somatoformes, etc.

Tabla 3.
Ejes del DSM-III-R y DSM-IV (borrador 3/1/93)

DSM-III-R	DSM-IV
Eje I Síndromes clínicos y códigos V.	Eje I Síndromes clínicos y otras condiciones que pueden requerir atención clínica.
Eje II Trastornos del desarrollo y de la personalidad.	Eje II Trastornos de la personalidad. Deficiencia mental.
Eje III Trastornos y condiciones físicas.	Eje III Condiciones médicas generales.
Eje IV Severidad de los estresores psicosociales.	Eje IV Problemas ambientales y psicosociales.
Eje V Evaluación del funcionamiento global.	Eje V Evaluación del funcionamiento global.

Tabla 4.
Categorías diagnósticas generales de los ejes I y II del DSM-III-R y DSM-IV

DSM-III-R	DSM-IV
Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
Trastornos mentales orgánicos	Trastornos mentales debidos a condiciones médicas generales
Trastornos por uso de sustancias psicoactivas	Trastornos relacionados con las sustancias (psicoactivas)
Esquizofrenia	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Trastorno delirante	Delirio, demencia, amnesia y otros trastornos cognitivos
Trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados	Trastornos del humor
Trastornos del estado de ánimo	Trastornos por ansiedad
Trastornos por ansiedad	Trastornos somatoformes
Trastornos somatoformes	Trastornos disociativos
Trastornos disociativos	Trastornos sexuales y de la identidad sexual
Trastornos sexuales	Trastornos del sueño
Trastornos del sueño	Trastornos facticios
Trastornos facticios	Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados	Trastornos de adaptación
Trastornos adaptativos	<i>Trastornos de la personalidad</i>
Factores psicológicos que afectan al estado físico	Otras condiciones que pueden ser causa de atención clínica
<i>Trastornos de la personalidad</i>	Trastornos de la ingesta
Códigos V para factores no atribuibles a trastornos mentales y que merecen atención o tratamiento	

En *cursiva*: trastornos del eje II

La categoría de trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia se subdivide en las subcategorías que se especifican en la tabla 5. Para cada categoría diagnóstica, el manual ofrece los criterios diagnósticos para ese cuadro. Se trata de una definición operacional del trastorno que es, en nuestra opinión, uno de los aspectos más valiosos de este sistema de clasificación. Además, presenta información sobre otros aspectos del cuadro como la sintomatología asociada, la edad de comienzo, curso, deterioro, complicaciones, factores predisponentes, prevalencia, incidencia en cada sexo, antecedentes familiares y diagnóstico diferencial.

Para la elaboración del DSM-IV se ha tenido en cuenta la clasificación CIE-10 y se ha tendido a la compatibilidad en las categorías siempre que ha sido posible. En este sentido, se han revisado las categorías que aparecen en ésta para estudiar su inclusión en el DSM-IV. Sin embargo, en el DSM se mantendrá el uso de múltiples códigos en vez del uso de categorías combinadas. Los cambios que se han realizado se han basado en el análisis cuidadoso de estudios publicados metodológicamente correctos y con bases de datos apropiadas.

La distribución de los ejes también ha sido revisada. Además de la exclusión de los trastornos del desarrollo del eje II, en el eje IV también se posibilita el registro de los problemas ambientales y se ofrecen listas de problemas agrupados por categorías.

Son muchas las áreas que se han examinado y modificado para elaborar el DSM-IV (Frances et al., 1991). Shaffer et al. (1989) han realizado una síntesis de los aspectos que han abordado los grupos de trabajo sobre trastornos infantiles. En la tabla 5 se sintetiza la subclasificación de la categoría "Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia" del DSM-III-R y DSM-IV. Con respecto al *retraso mental*, el cambio ha consistido en situar esta alteración en el eje I y modificar los criterios para hacerlos más compatibles con las definiciones de la *American Association of Mental Retardation*. También se han cambiado al eje I los *Trastornos generalizados del desarrollo*. Los 16 criterios establecidos en el DSM-III-R para el trastorno autista se han considerado excesivos y que "sobre-diagnostican" la presencia de autismo (Volkmar, Cicchetti, Bregman y Cohen, 1992) por lo que se han reducido a 12 más claramente definidos. Dentro de este apartado se recoge, además del trastorno autista, el síndrome de Rett, el trastorno desintegrativo de la infancia y el síndrome de Asperger. Dentro de los *trastornos por conductas perturbadoras*, se definen dos subtipos del trastorno de conducta (de inicio en la infancia y de inicio en la adolescencia), estableciéndose el negativismo desafiante como un trastorno aparte. Se han incorporado subtipos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (predominantemente falta de atención, predominantemente hiperactivo o mixto). En el apartado de *trastornos de la conducta alimentaria* se han introducido diversos cambios. Aparece un trastorno nuevo que se llama "trastorno de la alimentación en la infancia" y desaparecen dos que típicamente suceden en la adolescencia o preadolescencia: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Ambos se han incluido en una categoría aparte denominada "Trastornos de la ingesta" (ver tabla 4) y se reconocen subtipos

(anorexia restrictiva o bulímica/purgante y bulimia purgante o no purgante). Los *trastornos del lenguaje y del habla* se han agrupado en una categoría que se denomina *trastornos de la comunicación* que incluye tanto los del desarrollo del lenguaje y articulación como el tartamudeo. Los *trastornos del desarrollo* se denominan en el nuevo manual *trastornos del aprendizaje*. Ha desaparecido el apartado de *trastornos por ansiedad en la infancia o la adolescencia* y sólo ha quedado en la categoría de trastornos de inicio en la infancia el trastorno por ansiedad de separación. El trastorno por ansiedad excesiva queda englobado dentro del trastorno por ansiedad generalizada, y el trastorno por evitación ha desaparecido. Se definen dos tipos de encopresis: con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento y sin estreñimiento. Y para acabar, dentro de *los trastornos de la identidad sexual* sólo se define un cuadro, el trastorno de la identidad sexual que no está definido en la categoría de trastornos infantiles, sino en una aparte dedicada a *Trastornos sexuales y de la identidad sexual*.

5. LOS TRASTORNOS INFANTILES EN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE-10)

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) o *International Classification of Diseases (ICD)* es el sistema de clasificación de la Organización Mundial de la Salud. La ICD tiene la particularidad de que no sólo clasifica los trastornos mentales, sino las enfermedades en general. La sección V, *Trastornos mentales y de conducta*, es la que recoge las alteraciones psicopatológicas.

Desde 1978, año en que se introdujeron por primera vez los trastornos infantiles, la CIE (ICD-9; WHO, 1978) no había sufrido ninguna modificación. La falta de fiabilidad y validez de algunas categorías, la ausencia de algunos trastornos, la laxitud de las definiciones de los trastornos, la desigual distribución de las categorías mayores, la acumulación de nuevos datos sobre los trastornos en la última década, entre otras cosas, hicieron necesaria la revisión del sistema (Sartorius, 1991; Rutter, Tuma y Lann, 1988). La ICD-9 contaba con tres grandes categorías de las cuales, dos eran muy específicas -Psicosis y Retraso mental-, y la tercera era excesivamente heterogénea ya que compendia el resto de la psicopatología (tabla 6).

En la décima revisión (CIE-10; OMS, 1992) se han creado varias versiones que cubren las necesidades de los distintos usuarios (clínicos, investigadores, estadísticos, especialistas, etc.). Se han agrupado los trastornos con propiedades comunes, resultando en consecuencia mayor número de categorías que son más homogéneas y específicas. La CIE-10 se subdivide en diez secciones principales de las que tres están dedicadas específicamente a los trastornos infantiles: *Retraso mental*, *Trastornos del desarrollo* y *Trastornos emocionales y conductuales con inicio en la infancia y la adolescencia* (tabla 6). Nos centraremos fundamentalmente en estas dos últimas categorías, tras revisar el formato general de la CIE-10. Para una más detallada descripción del desarrollo, estructura y estudios de campo remitimos al lector al trabajo de Sartorius, Jablensky, Cooper y Burke (1988).

Tabla 5.
Subclasificaciones de la categoría "Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia" del DSM-III-R y DSM-IV.

DSM-III-R	DSM-IV
<p><i>Eje I</i> Trastornos por conductas perturbadoras 314.01 Trastorno por déficit de atención/hiperactividad Trastorno de conducta 312.20 tipo grupal 312.00 tipo solitario agresivo 312.90 tipo indiferenciado 313.81 desafiante</p> <p>Trastornos por ansiedad de la infancia o la adolescencia 309.21 Trastorno por angustia de separación 313.21 Trastorno por evitación 313.00 Trastorno por ansiedad excesiva</p> <p>Trastornos de la conducta alimentaria 307.10 Anorexia nerviosa. 307.51 Bulimia nerviosa. 307.52 Pica. 307.53 Trastorno por rumiación en la infancia. 307.50 Trastorno de la conducta alimentaria NO.</p> <p>Trastornos por tics 307.23 Trastorno de la Tourette. 307.22 Trastorno por tics motores o verbales crónicos. 307.21 Trastorno por tics transitorios. 307.20 Trastorno por tic, NO.</p> <p>Trastornos de la eliminación 307.70 Encopresis funcional 307.60 Enuresis funcional</p> <p>Trastornos de la identidad sexual 302.60 Trastorno de la identidad sexual en la infancia 302.50 Transexualismo 302.85 Trastorno de la identidad sexual en la adolescencia y la vida adulta 302.85 Trastorno de la identidad sexual NO</p>	<p><i>Eje I</i> Trastornos por conductas perturbadoras Trastorno por déficit de atención/hiperactividad 314.00 predominantemente falta de atención 314.01 predominantemente hiperactivo/impulsivo 314.01 tipo combinado 314.9 no especificado 312.8 Trastorno de conducta 313.81 Negativismo desafiante 312.9 Trastorno por conductas perturbadoras no especificado</p> <p>Trastornos de la conducta alimentaria 307.52 Pica 307.53 Trastorno por rumiación 307.59 Trastorno de la alimentación en la infancia</p> <p>Trastornos por tics 307.23 Trastorno de la Tourette. 307.22 Trastorno por tics motores o verbales crónicos. 307.21 Trastorno por tics transitorios. 307.20 Trastorno por tic, no especificado.</p> <p>Trastornos de la eliminación Encopresis 787.6 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento 307.7 Sin estreñimiento e incontinencia por rebosamiento 307.6 Enuresis (no debida a una condición médica general)</p> <p>Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia 309.21 Trastorno por ansiedad de separación 313.23 Mutismo electivo 313.89 Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia o la niñez 307.3 Trastorno por movimientos estereotipados 313.9 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado</p>

Tabla 5. (cont.)

DSM-III-R	DSM-IV
<p>Trastornos del habla no clasificados en otro lugar 307.00 Tartamudeo 307.00 Lenguaje confuso</p> <p>Otros trastornos de la infancia la niñez o la adolescencia 313.23 Mutismo electivo 313.82 Trastorno de identidad 313.89 Trastorno reactivo de la vinculación 307.30 Trastorno por estereotipias/hábitos 314.00 Trastorno por déficit de atención indiferenciado</p> <p><i>Eje II</i></p> <p>Retraso mental 317.00 Retraso mental leve 318.00 Retraso mental moderado 318.10 Retraso mental grave 318.20 Retraso mental profundo 319.00 Retraso mental NO</p> <p>Trastornos generalizados del desarrollo 299.00 Trastorno autista 299.80 Trastorno generalizado del desarrollo NO</p> <p>Trastornos específicos del desarrollo 315.10 en el cálculo aritmético 315.80 en la escritura 315.00 en la lectura 315.39 en la articulación 315.31 en el lenguaje, de tipo expresivo 315.31 en el lenguaje, de tipo receptivo 315.40 en la coordinación 315.90 Trastorno específico del desarrollo NO</p> <p>Otros trastornos del desarrollo 315.90 Trastorno del desarrollo NO</p>	<p>Trastornos de la comunicación 315.31 Trastorno del lenguaje expresivo 315.31 Trastorno del lenguaje mixto expresivo/comprendido 315.39 Trastorno fonológico 307.0 Tartamudeo 307.9 Trastorno de la comunicación no especificado</p> <p>Retraso mental 317 Retraso mental leve 318.0 Retraso mental moderado 318.1 Retraso mental grave 318.2 Retraso mental profundo 319 Retraso mental de severidad no especificada</p> <p>Trastornos generalizados del desarrollo 299.00 Trastorno autista 299.80 Trastorno de Rett 299.10 Trastorno desintegrativo de la infancia 299.80 Síndrome de Asperger 299.80 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado</p> <p>Trastornos del aprendizaje 315.1 de las matemáticas 315.2 de la escritura 315.00 en la lectura 315.9 Trastorno del aprendizaje no especificado</p> <p>Trastorno del desarrollo de las habilidades motoras 315.4 Trastorno del desarrollo de la coordinación</p>

Tabla 6.
Categorías del capítulo V de la ICD-9 e ICD-10.

ICD-9	ICD-10
290-299 Psicosis	F0. Trastornos mentales orgánicos
300-316 Trastornos neuróticos, de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos.	F1. Trastornos mentales y conductuales debidos al uso de sustancias psicoactivas
317-319 Retraso mental	F2. Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes
	F3. Trastornos del humor (afectivos)
	F4. Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatoformes
	F5. Síndromes conductuales asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos
	F6. Trastornos de la conducta y la personalidad adulta
	F7. Retraso mental
	F8. Trastornos del desarrollo
	F9. Trastornos emocionales y conductuales de comienzo en la infancia y la adolescencia

Descripción de la CIE-10

En la CIE-10 cada grupo de enfermedades se identifica por una letra del abecedario. A los trastornos mentales les corresponde la F. Esta letra va seguida de un sistema numérico. El conocimiento de la letra y los dos primeros dígitos que siguen a la letra deben dar al clínico una información conceptual con significado (tabla 7).

La CIE-10 presenta una descripción de cada trastorno, el diagnóstico diferencial y los principales síntomas a tener en cuenta para el diagnóstico. La nueva versión continúa con el estilo *descriptivo* que se seguía en la ICD-9, pero, inspirándose en el DSM-III (APA, 1980), trata de ser más específica en la definición de los cuadros. No obstante, no es tan operacional como los sistemas de clasificación americanos. La mayor concreción de los trastornos en la CIE-10 en comparación con la ICD-9 conduce a una disminución en la prevalencia del trastorno, lo que puede afectar sobre la política de servicios psicológicos y psiquiátricos (Steinhausen y Erdin, 1991a).

En cuanto a terminología, se mantiene el vocablo *neurosis*, a pesar de que la diferenciación entre psicosis y neurosis ya no es un criterio principal para clasificar los trastornos como sucedía en la ICD-9 (véase categoría F4 en tabla 6). Más novedosa es la introducción sistemática en el capítulo V de la denominación *trastorno* en lugar de *enfermedad*.

Además de permitir realizar más de un diagnóstico en el mismo individuo, la CIE-10 tiende a crear trastornos "comórbidos", esto es, categorías nuevas que resultan de la unión de más de un trastorno. Son un ejemplo el *Trastorno*

de conducta hiperquinético, el Trastorno de conducta depresivo, el Trastorno hiperactivo asociado con retraso mental y con movimientos estereotipados.

Tabla 7.
Categoría F8: Trastornos del desarrollo

<p>F80. <i>Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje</i></p> <ul style="list-style-type: none">F80.0 Trastorno específico de la articulaciónF80.1 Trastorno del lenguaje expresivoF80.2 Trastorno del lenguaje comprensivoF80.3 Afasia adquirida con epilepsia (S. Landau-Kleffner)F80.8 OtroF80.9 No especificado
<p>F81. <i>Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares</i></p> <ul style="list-style-type: none">F81.0 Trastorno específico de la lecturaF81.1 Trastorno específico de la escrituraF81.2 Trastorno específico de la aritméticaF81.3 Trastorno mixto de las habilidades escolaresF81.8 OtroF81.9 No especificado
<p>F82. <i>Trastorno específico del desarrollo motor</i></p>
<p>F83. <i>Trastorno específico del desarrollo mixto</i></p>
<p>F84. <i>Trastornos generalizados del desarrollo</i></p> <ul style="list-style-type: none">F84.0 Autismo infantilF84.1 Autismo atípicoF84.2 Síndrome de RettF84.3 Otro trastorno desintegrativo infantilF84.4 Trastorno hiperactivo asociado con retraso mental y movimientos estereotipadosF84.5 Síndrome de AspergerF84.8 OtroF84.9 No especificado
<p>F.88 <i>Otros trastornos del desarrollo psicológico</i></p>
<p>F89. <i>Trastorno del desarrollo psicológico no especificado</i></p>

En las categorías que recogen las alteraciones infantiles (F7, F8 y F9) no vamos a encontrar todas las patologías que se pueden presentar a estas edades. Los trastornos que pueden aparecer en cualquier período evolutivo, por ejemplo un trastorno afectivo, no aparecerían en la categoría F3 (tabla 6). Sin embargo, se viola esta norma en algunos trastornos: la anorexia y la bulimia nerviosa (F50), los trastornos del sueño no orgánicos (F51) o el trastorno de

la identidad sexual en la infancia (F64.2) no están comprendidos dentro de los trastornos de inicio en la infancia o adolescencia.

F8: Trastornos del desarrollo

Los trastornos comprendidos en esta categoría tienen en común: (a) el comenzar siempre en la infancia; (b) alterar o retrasar el desarrollo de funciones estrechamente relacionadas con la madurez biológica del SNC; (c) un curso estable y uniforme sin las remisiones características de algunos trastornos psicopatológicos; (d) disminuir progresivamente conforme el niño madura; (e) ser más frecuentes en los varones, y (f) existir antecedentes familiares (OMS, 1992).

El apartado de trastornos del desarrollo tiene cuatro subcategorías principales: trastornos del habla y del lenguaje, trastornos de las habilidades escolares (lectura, escritura y aritmética), trastornos del desarrollo motor y trastornos profundos del desarrollo (tabla 7).

Quizá la subcategoría que suscita más expectativas es la del *Autismo infantil*. Este trastorno, que ya no se incluye en las *Psicosis peculiares de la niñez* (ICD-9), se define como una alteración del desarrollo que se manifiesta antes de los 3 años caracterizada por un funcionamiento anormal en la interacción social, la comunicación y presencia de conductas repetitivas. Los casos de autismo que no cumplan las pautas diagnósticas o cuya edad de aparición sea posterior estarían incluidos dentro de *Autismo atípico*.

Dentro de los trastornos generalizados del desarrollo constituye una novedad la inclusión del síndrome de Rett, otros trastornos desintegrativos infantiles, el síndrome de Asperger y el trastorno hiperactivo asociado a deficiencia mental y movimientos estereotipados, reconociéndose en el manual que estas dos últimas categorías son de **validez nosológica incierta**.

F9: Trastornos conductuales y emocionales de comienzo en la infancia y la adolescencia.

En este apartado se recogen la mayoría de los trastornos infantiles (tabla 8).

Los **trastornos por hiperactividad** se subdividen en *Trastorno de la actividad y la atención*, que definiría el cuadro habitual de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y *Trastorno de conducta hiperquinético*, cuando el cuadro anterior se superpone con trastorno de conducta.

Los **trastornos de conducta** mantienen las subdivisiones de *infrasocializado* y *socializado*, que se han desechado en el DSM-III-R, el *negativismo desafiante* y se añade un apartado nuevo, *Trastorno de conducta restringido al ambiente familiar*. En este cuadro, la agresividad y conducta asocial, y no el simple negativismo, se manifiestan principalmente en el contexto familiar.

Tabla 8.
Categoría F9: Trastornos conductuales y emocionales de comienzo en la infancia y la adolescencia

F90. Trastornos hiperquinéticos

- F90.0 Trastorno de la actividad y la atención
- F90.1 Trastorno de conducta hiperquinético
- F90.8 Otro
- F90.9 No especificado

F91. Trastornos de conducta

- F91.0 Trastorno de conducta restringido al ambiente familia
- F91.1 Trastorno de conducta infrasocializado
- F91.2 Trastorno de conducta socializado
- F91.3 Trastorno por negativismo desafiante
- F91.8 Otro
- F91.9 No especificado

F92 Trastornos mixtos de la conducta y las emociones

- F92.0 Trastorno de conducta depresivo
- F92.8 Otro
- F92.9 No especificado

F93. Trastornos emocionales con comienzo específico en la infancia

- F93.0 Trastorno por ansiedad de separación
- F93.1 Trastorno por ansiedad fóbica
- F93.2 Trastorno por ansiedad social
- F93.3 Trastorno por rivalidad fraterna

F94 Trastorno del funcionamiento social con comienzo específico en la infancia y adolescencia

- F94.0 Mutismo selectivo
- F94.1 Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia
- F94.2 Trastorno desinhibido de la vinculación en la infancia
- F94.8 Otro
- F94.9 No especificado

F95. Trastorno por tics

- F95.0 Trastorno por tics transitorios
- F95.1 Trastorno por tics motores o vocales crónicos
- F95.2 Trastorno por tics múltiples motores y vocales combinados (síndrome de la Tourette)
- F95.8 Otro
- F95.9 No especificado

continúa en la página siguiente

Tabla 8. Continuación

F98. <i>Otros trastornos conductuales y emocionales con comienzo en la infancia o adolescencia</i>
F98.0 Enuresis no orgánica
F98.1 Encopresis no orgánica
F98.2 Trastorno en la alimentación en la infancia y la niñez
F98.3 Pica de la infancia y la niñez
F98.4 Trastorno por movimientos estereotipados
F98.5 Tartamudez
F98.6 Farfullero
F98.8 Otro especificado
F98.9 No especificado
F99. <i>Trastorno mental no especificado</i>

Llama la atención el hecho de que podamos encontrar en la categoría F9 el *Trastorno de conducta depresivo*, en el cual, el trastorno de conducta se vería acompañado de sintomatología depresiva persistente, a pesar de que los trastornos afectivos están clasificados en la categoría F3.

Dentro de los **trastornos emocionales** se reconocen los trastornos clásicos de ansiedad por separación, fobias y ansiedad social. Es nueva la subcategoría *Trastorno por rivalidad entre hermanos* que recogería las reacciones ansiosas tras el nacimiento de un hermano que causan un marcado deterioro social. Curiosamente, el trastorno por ansiedad excesiva que es un trastorno por ansiedad en la infancia de los más frecuentes (Bowen, Offord y Boyle, 1990), no recibe una subcategoría propia, y se clasifica en el apartado *Otros trastornos emocionales de la infancia* junto al *Trastorno de identidad* y la *Rivalidad con los compañeros*.

La principal novedad del apartado F9 es la inclusión de la categoría **Trastornos del funcionamiento social** que comprende un grupo heterogéneo de trastornos que tienen en común anomalías en el funcionamiento social que no alteran masivamente al individuo como ocurre en el caso del autismo. Aquí se incluye el *Mutismo selectivo* y el *Trastorno de la vinculación* (reactivo o desinhibido).

Los **Trastornos por tics** engloban los crónicos, transitorios y trastorno de la Tourette.

Finalmente, el apartado de **Otros trastornos conductuales y emocionales de inicio en la infancia** comprende las alteraciones en el control de esfínteres, las estereotipias, la tartamudez, la pica y los trastornos en la alimentación en la infancia (aquí se incluye la rumiación).

El acuerdo en el diagnóstico CIE-10 entre varios psiquiatras infanto-juveniles sobre 10 casos presentados por escrito fue del 66% (Steinhausen y Erdin, 1991b).

En la opinión de Rutter (1989) los puntos más positivos de la ICD-10 son (a) su utilidad clínica, por la forma flexible en la que están descritos los trastornos; (b) ser un instrumento útil en la formación de los profesionales por la forma explícita en que se presentan los conceptos y por la acumulación de conocimientos que contiene, y (c) su potencial, inherente en su estructura, para adaptarse a los conocimientos nuevos.

BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C. (1986). *Manual for the Teacher's Report Form and Teacher Version of the Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., Verhulst, F.C., Baron, G.D. y Althaus, M. (1987). A comparison of syndromes derived from the Child Behavior Checklist for American and Dutch boys aged 6-11 and 12-16. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 437-453.
- Ackerson, L. (1942). *Children's behavior problems*. Chicago: University of Chicago Press.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-I*. Washington: Author.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-II* (2nd ed.). Washington: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III* (3rd ed.). Washington: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III-R* (3rd ed. rev.). Washington: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV* (4th ed.). Washington: Author.
- Bowen, R.C., Offord, D.R., Boyle, M.H. (1990). The prevalence of overanxious disorder and separation anxiety disorder: Results from the Ontario Child Health Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 753-758.
- Call, J. (1983). Toward a Nosophy of Psychiatric Disorders in Infancy. En J. Call, E. Galeson y R.L. Tyson (Eds.), *Frontiers of Infant Psychiatry* (117-128). New York: Basic Books.
- Call, J., Galeson, E. y Tyson, R.L. (Eds.) (1983), *Frontiers of Infant Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Cantwell, D.P. y Rutter, M. (1994). Classification: conceptual issues and substantive findings. En M. Rutter, E. Taylor y L. Hersov. (Eds), *Child and adolescent psychiatry* (3rd ed., pp.3-21). Oxford: Blackwell Scientific Publications.

- Doménech, E. (1989). Las clasificaciones en paidopsiquiatría. *IMP Psiquiatría*, 4, 178-183.
- Edelbrock, C y Costello, A.J. (1988). Convergence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 219-231.
- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B. et al. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Frances, A., Davis, W.W., Kline, M., Pincus, H., First, M. y Widiger, T. (1991). The DSM-IV field trials: moving towards an empirically derived classification. *European Psychiatry*, 6, 307-314.
- Freud, A. (1965). *Normality and pathology in childhood*. New York: International Universities Press.
- Garber, J. (1984). Classification of Childhood Psychopathology: A Developmental Perspective. *Child Development*, 55, 30-48.
- Gift, T.E. (1988). Changing diagnostic criteria. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1.414-1.415.
- Greenberg, N.H. (1970). Comportement atypique chez l'enfant de bas âge. En E.J. Anthony y C. Koupernik (Eds.), *L'enfant dans la famille* (vol I, pp.76-108). Paris: Masson.
- Greenspan, S. y Lourie, R. (1981). Developmental structuralist approach to the classification of adaptive and pathologic personality organizations: infancy and early childhood. *American Journal of Psychiatry*, 138, 725-735.
- Group for the Advancement of Psychiatry (1966). *Psychopathological disorders in childhood: Theoretical considerations and a proposed classification* (GASP Report No62). New York: Group for the advancement of Psychiatry.
- Hewitt, L.E. y Jenkins, R.L. (1946). *Fundamental patterns of maladjustment. The dynamics of their origin*. Springfield, IL: State of Illinois.
- Kraepelin, E. (1899). *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte* (6th ed, en 2 vols). Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth.
- Kreisler, L. (1978). Psychopathologie du premier âge. Bases cliniques. Regroupement nosographique. *Revue de Neuropsychiatrie Infantile*, 26, 237-255.
- Kreisler, L. (1984). Problèmes spécifiques de classification en psychiatrie du premier âge: propositions nosographiques nouvelles. *Confrontations psychiatriques*, 24, 221-250.
- Lebovici, S., Diatkine, R., Rutter, M., Misès, R., Koupernik, C. y Sadoun, R. (1968). La classification des troubles en psychiatrie de l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, 2, 2, 468-570.
- Misès, R., Fortineau, J., Jeammet, Ph, Lang, J.L., Mazet, Ph., Plantada, A. y Quemada, N. (1988). Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXI, 1, 67-134.
- OMS (1992). *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Quay, H.C. (1986a). Classification. En H.C. Quay y J.S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (3rd. ed.) (pp.1-34). New York: Wiley.
- Quay, H.C. (1986b). A critical analysis of DSM-III as a taxonomy of psychopathology on childhood and adolescence. En T. Millon y G.L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp.151-165). New York: Guilford.
- Rey, J.R. (1988). Too much too soon? *Australian Journal of Psychiatry*, 22, 173-182.
- Rutter, M. (1968). La classification en psychiatrie infantile. *La psychiatrie de l'enfant*, 9, 2, 551- 570.
- Rutter, M. (1989). Annotation: Child psychiatric disorders in ICD-10. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 499-513.

- Rutter, M. y Shaffer, D. (1980). DSM-III-A step forward or backward in terms of the classification of childhood disorders? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 371-394.
- Rutter, M., Tuma, A. y Lann, I.S. (Eds) (1988). *Assessment and diagnosis in child psychopathology*. New York: Guilford.
- Sartorius, N. (1991). The classification of mental disorders in the Tenth Revision of the International Classification of Diseases. *European Psychiatry*, 6, 315-322.
- Sartorius, N., Jablensky, A., Cooper, J.E., Burke, J.D. (1988). Psychiatric classification in an international perspective. *British Journal of Psychiatry*, 152 (Suppl 1), 3-52.
- Shaffer, D., Campbell, M., Cantwell, D., Bradley, S., Carlson, G., Cohen, D. et al. (1989). Child and adolescent psychiatric disorders in DSM-IV: Issues facing the work group. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 830-835.
- Steinhausen, H.Ch. y Erdin, A. (1991a). A comparison of ICD-9 and ICD-10 diagnoses of child and adolescent psychiatric disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 909-920.
- Steinhausen, H.Ch. y Erdin, A. (1991b). The inter-rater reliability of child and adolescent psychiatric disorders in the ICD-10. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 921-928.
- Volkmar, F.R., Cicchetti, D.V., Bregman, J y Cohen, D.J. (1992). Three diagnostic systems for autism: DSM-III, DSM-III-R and ICD-10. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 483-492.
- World Health Organization (1967). *International Classification of Diseases (ICD-8)* (8th rev.). Geneva: WHO.
- World Health Organization (1978). *Glossary and guide to their classification in accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases (ICD-9)*. Geneva: WHO.
- Zimmerman, M. (1988). Why are we rushing to publish DSM-IV? *Archives of General Psychiatry*, 45, 1135-1138
- Weiner, J.M. (1991). Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: A Historical Review. En J.M. Wiener, J.M. (Ed), *Textbook of Child Adolescent Psychiatry* (pp. 3-15). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.