

# Master en Paidopsiquiatria

bienio 07-08

## Direcció:

Josep Tomás  
Jaume Almenara

## Secretaria:

Núria Gondón  
Santiago Batlle

## PROMOTORES

Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya  
Universitat Autònoma de Barcelona

## SPONSORS

Centre Londres 94  
Familianova-Schola

# Módulo I

# Clasificación en psiquiatría. Conceptos y enfoques. Sistemas de clasificación: DSM-IV, ICD-10

Carolina Raheb

---

## Introducción

Las clasificaciones psiquiátricas tienden a ordenar la gran diversidad de fenómenos que se observa en la clínica. El objetivo de una clasificación es identificar los grupos de pacientes que pertenecen a unas características clínicas similares, a fin de poder aplicar un tratamiento adaptado y de predecir una evolución probable.

En psiquiatría se distinguen dos conceptos relativamente próximos: la enfermedad y la afección. La primera se define como una anomalía médica basada en una patología, por los signos y los síntomas; la afección se refiere a las experiencias de dolor subjetivas y de invalidez. Esta segunda faceta es el aspecto de la enfermedad que más se utiliza en psiquiatría.

En medicina interna, las clasificaciones son relativamente simples. La mayor parte de las afecciones médicas pueden clasificarse según su etiología (por ejemplo, las neumonías son debidas a un neumococo o a un virus) o la anatomía patológica.

Los trastornos mentales se comportan como un tipo de afección. Aunque ciertos trastornos mentales tengan una etiología somática común (p. ej., la fenilcetonuria, la trisomía 21 o la enfermedad de Alzheimer) la mayoría no pueden estar clasificadas más que en función de los síntomas.

## Concepto de enfermedad mental

En el lenguaje cotidiano, la palabra enfermedad se emplea de manera bastante fluida. Asimismo, el término «enfermedad mental» se utiliza de manera relativamente imprecisa en psiquiatría. De hecho, no es nada fácil proponer una buena definición de enfermedad mental. En la práctica clínica, la cuestión de la definición de la enfermedad mental se hace por las repercusiones éticas y legales importantes que conlleva, por ejemplo en lo que concierne a la hospitalización. En psiquiatría legal, la definición de la enfermedad mental (según la ley) es importante cuando se trata de definir la responsabilidad jurídica.

Aunque los principales sistemas nosológicos hablen de *trastornos mentales* antes que de enfermedades mentales (World Health Organization 1992b; American Psychiatric Association 1994a) el concepto de enfermedad mental sigue siendo interesante desde el punto de vista teórico y conserva las implicaciones éticas y legales.

# Definiciones de enfermedad mental

Hay muchas definiciones que se proponen para el concepto de enfermedad mental (Clare, 1997). Una aproximación habitual es partir del concepto de enfermedad en medicina general. Existen tres tipos de definiciones en medicina general:

- *La ausencia de salud.* Esta aproximación desplaza el punto central del problema pero no lo resuelve. La salud es, en efecto, una definición aun más compleja que la enfermedad. Por ejemplo, la OMS define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no solamente como la ausencia de una enfermedad.
- *La presencia de un sufrimiento.* Esta clasificación tiene un cierto valor porque identifica a un grupo de individuos susceptibles de consulta médica. Un inconveniente de esta definición es que no se puede aplicar a todas las personas que podrían ser consideradas como enfermas en el sentido común del término. Por ejemplo, los pacientes maniacos podrían sentirse particularmente bien y no sufrir, aunque la mayoría de gente los consideraría enfermos.
- *Un proceso patológico.* Algunos teóricos radicales (Szasz, 1960) defienden la opinión según la cual una enfermedad no puede ser definida más que en términos de patología orgánica. Como la mayoría de los trastornos mentales no están ligados a una patología orgánica manifiesta, no pueden, desde esta perspectiva, ser definidos como enfermedades.

En psiquiatría, las anomalías de las funciones psicológicas (psicopatología) son consideradas como el fundamento de la enfermedad. Frente a la dificultad de definir la enfermedad mental, los trabajos más recientes se orientan a la noción de incapacidad causada por una perturbación de las funciones (Hope, 2001).

## Enfermedad y comportamiento social desviado.

Muchos autores centran su atención en el peligro que existe al definir la enfermedad mental únicamente en términos de comportamiento social desviado. Aunque las conductas antisociales son bastante habituales, no hay razón para que se apliquen como sinónimo de enfermedad mental. Además, el hecho de diagnosticar la enfermedad mental a partir de los comportamientos sociales desviados abre la puerta a los abusos políticos.

Una razón suplementaria para excluir los criterios sociales de la definición de enfermedad mental es el hecho de que numerosas conductas son consideradas de manera variable a través de las distintas épocas. Así, la homosexualidad formó parte del listado de los trastornos mentales en el DSM-I y DSM-II, pero dejó de serlo en el DSM-III y el DSM-IV.

Aunque los movimientos antipsiquiátricos de los años 50, 60 y 70 hayan combatido el concepto de enfermedad mental por varias razones, parece importante conservar este concepto. Además de las ventajas clínicas de una nosología evocadas en el párrafo siguiente, este concepto es útil para entender la responsabilidad de los trastornos mentales en los contextos legales, la salud pública, las ayudas económicas por cuidados tanto como para poder comentar de una manera reglada los abusos políticos de la psiquiatría.

# Deficiencia, discapacidad y hándicap

Es útil describir las consecuencias de un trastorno, físico o mental, en términos de *deficiencia*, de *discapacidad* y de *hándicap* (Susser, 1990). Estos términos importados de la sociología médica y de la psicología social, han sido incorporados en la clasificación internacional de la deficiencia, la enfermedad y el hándicap por la OMS (WHO, 1998). Estos términos se emplean de la siguiente manera:

- La deficiencia se refiere a una alteración patológica;
- La discapacidad es la limitación persistente y estable de una función física o psicológica, resultado de una deficiencia y de la reacción psicológica del individuo al afrontar esta limitación;
- El hándicap se refiere a una disfunción social duradero, resultado de la discapacidad para hacer frente a las demandas individuales y sociales

## Historia de las clasificaciones

Los primeros escritos médicos griegos contienen las descripciones de los diferentes síntomas psiquiátricos, como la excitación, la depresión, la confusión y la amnesia. Esta nosología simple de los trastornos mentales es recogida por la medicina romana y desarrollada por la medicina greco galena, donde la clasificación estará vigente hasta el siglo XVIII.

El interés por la clasificación de los fenómenos naturales se desarrolla notablemente en el siglo XVIII, después de la publicación de la clasificación de las plantas de Carl von Linné, médico y profesor de botánica que elaboró la nomenclatura más común de las enfermedades y una clase mayor donde se encuentran los trastornos mentales.

Se propusieron otras clasificaciones, como por ejemplo la del médico escocés William Cullen publicada en 1772. Reagrupa los trastornos mentales a excepción de la confusión mental (delirium) que la clasifica dentro de las afecciones febriles.

En esta nomenclatura, los trastornos mentales formaban parte de la gran clase de las «neurosis», término empleado para designar las enfermedades que afectaban al sistema nervioso (hunter y MacAlpine, 1963). La clasificación de Cullen reposaba sobre un principio etiológico (los trastornos mentales están dentro de los trastornos del sistema nervioso), es decir, sobre un principio descriptivo para distinguir los diferentes síndromes clínicos en el seno de las neurosis. Según Cullen, el término neurosis abarca toda la gama de trastornos mentales así como de numerosas afecciones neurológicas; el sentido moderno de la palabra, más restringido, no aparecerá hasta más tarde.

Las clasificaciones publicadas a principios del siglo XIX por diferentes autores franceses tuvieron bastante influencia. El *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental* de Philippe Pinel, traducido al inglés en 1806, divide los trastornos mentales en manía con delirio, manía sin delirio, melancolía, demencia e idiotismo.

Esquirol, compatriota de Pinel, escribió un tratado más difundido, traducido al inglés en 1845. El sistema de Esquirol era cercano al de Pinel, con el añadido de una categoría para las monomanías, caracterizadas por una «folie parcial» con unas ideas fijas erróneas que no podían ser quebrantadas por el razonamiento lógico. Esquirol divide las monomanías en subgrupos que comprenden la monomanía racional, la erótica, la incendiaria, la homicida y la monomanía de la embriaguez.

Como otros psiquiatras de la época, Pinel y Esquirol nunca hablaron de las neurosis (en el sentido moderno) ni de los trastornos del comportamiento ya que de estos problemas eran competencia de los médicos y no de los psiquiatras.

Con el tiempo, Kahlbaum en Alemania formuló dos condiciones para la búsqueda nosológica: el aspecto evolutivo de todas las enfermedades es fundamental para su definición, y que la tabla clínica debe ser utilizada en su totalidad para formular las definiciones utilizadas en un sistema nosológico.

Kraepelin adoptó estas ideas y estudió la evolución de las enfermedades mentales a lo largo de los años y estableció así una distinción importante entre la psicosis maniaco-depresiva y la esquizofrenia. Las sucesivas ediciones del tratado de Kraepelin permitieron afinar su clasificación de las enfermedades mentales, que está en la base de nuestros sistemas de clasificación actuales.

La psiquiatría infantil se ha basado principalmente en la clínica quedando, hasta hace relativamente pocos años, al margen de los sistemas nosológicos. El interés por clasificar las enfermedades mentales en los niños es un fenómeno reciente de aparición posterior a los sistemas de clasificación en los adultos.

Como destaca Weiner (1991) la creación de la psiquiatría científica moderna está basada en dos grandes acontecimientos: por un lado el descubrimiento en 1952 de las propiedades antipsicóticas de la clorpromacina y, por otro, a la publicación de los criterios diagnósticos de Feighner (1972) que sirven de base al DSM-III (APA, 1980).

La clasificación de los trastornos en la infancia sigue siendo muy dependiente de la nosología pensada para el adulto, etapa en la que tanto síndromes como trastornos están más delimitados y fijados que en la infancia o en la adolescencia. Aunque la elaboración del DSM-IV (APA, 1994) haya contado con una mayor participación de paidopsiquiatras y que muchos psiquiatras franceses hayan participado en la redacción de la Clasificación francesa de los trastornos mentales de la infancia (Classification française des troubles mentaux de l'enfance, Misès, 1988) siguen quedando muchas cuestiones por resolver en la forma de clasificar la patología infantil.

## **Principales dificultades en la clasificación de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia.**

A continuación se resumen los principales problemas a la hora de elegir un sistema de clasificación en Paidopsiquiatría:

- a) En las dos clasificaciones de mayor difusión internacional, a saber, DMS (APA) y CIE (OMS), tanto el factor evolutivo como las diferencias de expresión de los síntomas según la edad están poco considerados en los apartados dedicados a los niños. La infancia es un periodo de cambios rápidos donde, a veces, es difícil encajar un trastorno en una unidad sindrómica rígidamente organizada.
- b) Tanto en la clasificación del DSM como en la CIE el espacio reservado a los niños y adolescentes es muy reducido. Este hecho tiene su base en la obra de Kraepelin, ya que en 1899, cuando se publicó la primera clasificación de las enfermedades mentales, no se dedicó ningún apartado a la infancia. Este vacío conceptual se ha ido perpetuando en las clasificaciones neokraepelianas.
- c) Es necesario mentar que, unida a la dificultad de delimitación de los trastornos infantiles a la hora de su clasificación pues, hasta la fecha, existe poco consenso existe el problema de la comorbilidad de los trastornos a esta edad. Ello explica la introducción (o desaparición) de nuevas categorías de una edición a otra.

- d) Existe falta de concordancia entre los tres grandes sistemas de clasificación más utilizados en Europa: CIE-10, DSM-IV-TR y la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales en la Infancia.

## Clasificaciones internacionales para los trastornos mentales infantiles

Los principales trabajos nosológicos elaborados durante las cuatro últimas décadas son la clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la clasificación nacional americana DSM, cuyo uso está ampliamente divulgado. Aún persisten ciertas clasificaciones nacionales, de uso local. Son, en su mayoría, desarrolladas directamente a partir de la CIE o el DSM; sólo como ejemplo citar la clasificación china actual.

## Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)

Los manuales DSM son sistemas de clasificación de la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA). Son sistemas categoriales, jerárquicos y multiaxiales 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).

Son *categoriales* porque la unidad de clasificación es la categoría basada en la observación y el juicio clínico.

*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.

Un sistema *multiaxial* precisa que cada caso se evalúe en varios ejes que pueden ser relevantes para la planificación del tratamiento y la predicción de la respuesta individual permita la aplicación de un modelo biopsicosocial.

En la tabla 1 se recogen los ejes del DSM-III-R y el DSM-IV que permiten realizar una evaluación biopsicosocial. Así, los trastornos se agrupan en los ejes I y II; en el *eje I* están clasificados los síndromes clínicos y aquellos estados que pueden ser objeto de atención clínica (aunque no sean atribuibles a trastornos mentales); en el *eje II* se agrupan los trastornos de personalidad y la deficiencia mental.

Tabla 1. Ejes del DSM-III-R y del DSM-IV

| 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.<br>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  |

En la tabla 2 se especifican las 18 y 17 categorías generales en las que se subdivide el DSM-III-R y el DSM-IV respectivamente. La primera categoría, la que recoge los trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia, en ocasiones no será suficiente para cubrir todas las patologías que pueden presentarse en este período de edad.

La categoría de trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia se subdivide en subcategorías (ver tabla 3). Para cada categoría diagnóstica el manual ofrece los criterios diagnósticos para ese cuadro. Es una definición operacional del trastorno que, además, aporta información sobre otros aspectos del trastorno como la sintomatología asociada, la edad de comienzo, curso, deterioro, complicaciones, factores predisponentes, prevalencia, incidencia en cada sexo, antecedentes familiares y diagnóstico diferencial.

Tabla 2.

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

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

En la elaboración del DSM-IV se ha tenido en cuenta la clasificación CIE-10 procurando la compatibilidad de las categorías siempre que fuera posible.

Tabla 3. **Subclasificación de la categoría “trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” del DSM-II-R y del DSM-IV.**

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



(Continuación tabla 3)

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

# La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE)

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE; *International Classification of Diseases (ICD)*) es el sistema de clasificación de la Organización Mundial de la Salud. Los trastornos mentales permanecen ausentes de la CIE hasta la sexta edición, publicada por la OMS en 1948. Esta primera clasificación de los trastornos mentales fue muy criticada. Para preparar su revisión se mandó hacer una encuesta sobre las principales clasificaciones nacionales (Stengel, 1959) donde se pusieron de relevancia grandes divergencias.

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, Turna 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, como se muestra en la tabla 4.

En la décima revisión (CIE-10; OMS, 1992) la clasificación se subdivide en diez secciones principales, tres de ellas dedicadas específicamente a los trastornos infantiles; Retraso mental, Trastornos del desarrollo y Trastornos emocionales y conductuales con inicio en la infancia y la adolescencia.

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. Presenta una descripción de cada trastorno, el diagnóstico diferencial y los principales síntomas a tener en cuenta para el diagnóstico, intentando, a diferencia de la anterior versión, ser más específica en la definición de los cuadros.

Tabla 4. **Categorías del capítulo V de la CIE-9 y la CIE-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 |

Además de permitir realizar más de un diagnóstico en el mismo individuo, la CIE-10 tiende a crear trastornos "comórbidos", es decir, categorías nuevas que resultan de la unión de más de un trastorno. A modo de ejemplo citar el Trastorno de conducta hiperquinético, el Trastorno de conducta depresivo, el Trastorno hiperactivo asociado con retraso mental y con movimientos estereotipados.

En las categorías que recogen las alteraciones infantiles (F71, F8 y F9) no se encuentran todas las patologías que se pueden presentar a estas edades. Los trastornos que pueden aparecer en cualquier período evolutivo no aparecerían en la categoría F3 (tabla 4). Sin embargo, se prescinde de 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

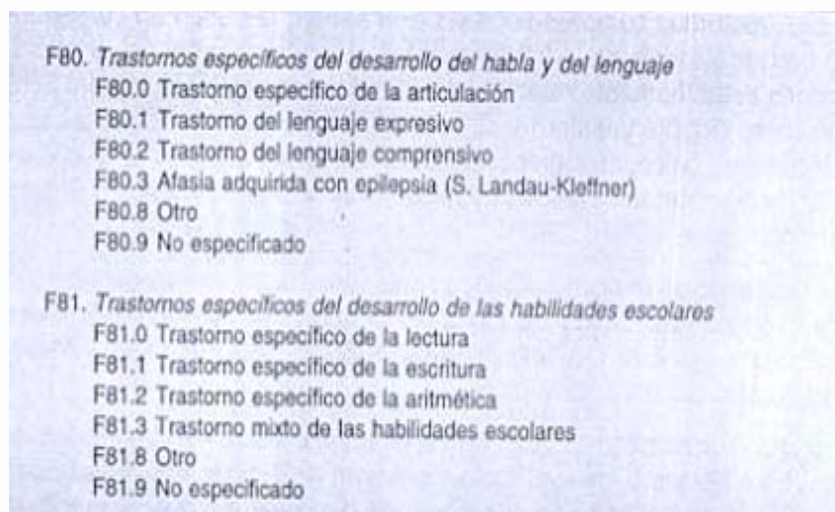
### *F8: Trastornos del desarrollo*

Los trastornos comprendidos en esta categoría tienen en común:

1. comienzo siempre en la infancia;
2. alteración o retraso del desarrollo de funciones estrechamente ligadas a la madurez biológica del SNC;
3. curso estable y uniforme sin las remisiones características de algunos trastornos psicopatológicos
4. disminución progresiva según el niño va madurando
5. mayor frecuencia en varones
6. existencia de antecedentes familiares (OMS, 1992)

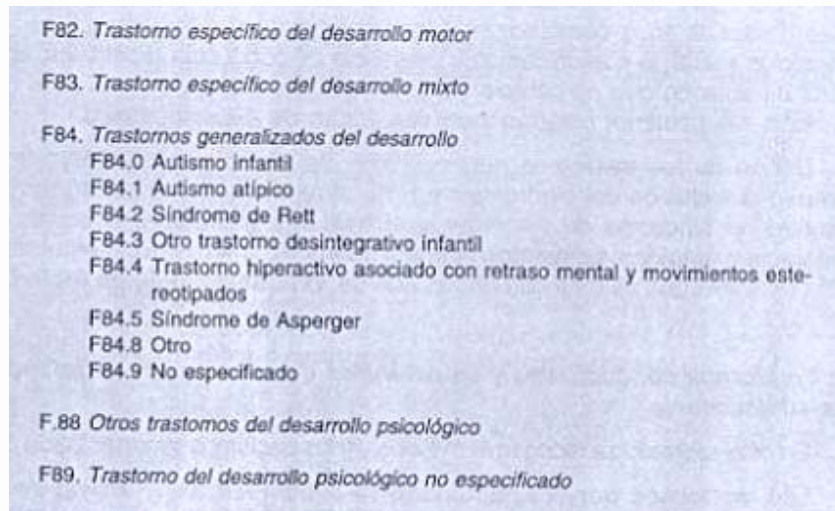
Este apartado se subdivide en cuatro categorías principales: trastornos del habla y del lenguaje, trastornos de las habilidades escolares (lectura, escritura y aritmética), trastornos del desarrollo motor y trastornos profundos del desarrollo (tabla 5).

**Tabla 5. Categoría F8: Trastornos del desarrollo**



|  |
|--|
| <b>F80. Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje</b>     |
| F80.0 Trastorno específico de la articulación                                  |
| F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo   |
| F80.2 Trastorno del lenguaje comprensivo                                       |
| F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (S. Landau-Kleffner)                      |
| F80.8 Otro   |
| F80.9 No especificado  |
| <b>F81. Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares</b> |
| F81.0 Trastorno específico de la lectura                                       |
| F81.1 Trastorno específico de la escritura                                     |
| F81.2 Trastorno específico de la aritmética                                    |
| F81.3 Trastorno mixto de las habilidades escolares                             |
| F81.8 Otro   |
| F81.9 No especificado  |

(Continuación tabla 5)



|  |
|--|
| F82. Trastorno específico del desarrollo motor                                       |
| F83. Trastorno específico del desarrollo mixto                                       |
| F84. Trastornos generalizados del desarrollo   |
| F84.0 Autismo infantil   |
| F84.1 Autismo atípico  |
| F84.2 Síndrome de Rett   |
| F84.3 Otro trastorno desintegrativo infantil   |
| F84.4 Trastorno hiperactivo asociado con retraso mental y movimientos estereotipados |
| F84.5 Síndrome de Asperger   |
| F84.8 Otro   |
| F84.9 No especificado  |
| F.88 Otros trastornos del desarrollo psicológico                                     |
| F89. Trastorno del desarrollo psicológico no especificado                            |

### *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 6).

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.

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.

Se incluye dentro del apartado F9 la categoría trastornos del funcionamiento social, en el que se incluyen un grupo heterogéneo de trastornos, cuya característica común son las anomalías en el funcionamiento social que no alteran masivamente al individuo. Se incluyen aquí el Mutismo Selectivo y el Trastorno de la vinculación.

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 (se incluye la rumiación).

Tabla 6. Trastornos conductuales y emocionales de comienzo en la infancia y la adolescencia.

| <b>F9: Trastornos conductuales y emocionales de comienzo en la infancia y la adolescencia.</b>  |
|---|
| <p><b>F90 Trastornos hipercinéticos.</b></p> <p>F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.<br/>           F90.1 Trastorno hipercinético y de comportamiento disocial.<br/>           F90.8 Otro trastorno hipercinético.<br/>           F90.9 Trastorno hipercinético sin especificación.</p> <p><b>F91 Trastornos de comportamiento disociales.</b></p> <p>F91.0 Trastorno de comportamiento disocial limitado al contexto familiar.<br/>           F91.1 Trastorno de comportamiento disocial en niños no socializados.<br/>           F91.2 Trastorno de comportamiento disocial en niños socializados.<br/>           F91.3 Trastorno de comportamiento disocial desafiante y opositorista.<br/>           F91.8 Otro trastorno de comportamiento disocial.<br/>           F91.9. Trastorno de comportamiento sin especificación.</p> <p><b>F92 Trastornos de comportamiento disociales y de las emociones mixtos.</b></p> <p>F92.0 Trastorno de comportamiento disocial depresivo.<br/>           F92.8 Otro trastorno de comportamiento disocial y de las emociones mixtas.<br/>           F92.9 Trastorno del comportamiento disocial y de las emociones sin especificación.</p> <p><b>F93 Trastornos de las emociones de comienzo específico en la infancia.</b></p> <p>F93.0 Trastorno de ansiedad de separación.<br/>           F93.1 Trastorno fóbico de la infancia.<br/>           F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social.<br/>           F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos.<br/>           F93.8 Otro trastorno de las emociones de comienzo específico en la infancia.<br/>           F93.9 Trastorno de las emociones de comienzo específico en la infancia sin especificación.</p> <p><b>F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la infancia y adolescencia.</b></p> <p>F94.0 Mutismo selectivo.<br/>           F94.1 Trastorno de vinculación en la infancia reactivo.<br/>           F94.2 Trastorno de vinculación en la infancia desinhibido.<br/>           F94.8 Otro trastorno del comportamiento social de comienzo específico en la infancia y adolescencia.<br/>           F94.9 Otro trastorno del comportamiento social de comienzo específico en la infancia y adolescencia sin especificación.</p> <p><b>F95 Trastornos de tics.</b></p> <p>F95.0 Trastorno de tics transitorios.<br/>           F95.1 Trastorno de tics motores o fonatorios.<br/>           F95.2 Trastorno de tics múltiples, motores y fonatorios combinados (síndrome de Tourette).<br/>           F95.8 Otro trastorno de tics.<br/>           F95.9 Trastorno de tic sin especificación.</p> <p><b>F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia.</b></p> <p>F98.0 Enuresis no orgánica.<br/>           F98.1 Encopresis no orgánica.<br/>           F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia y adolescencia.<br/>           F98.3 Pica.<br/>           F98.4 Trastorno de estereotipias matrices.<br/>           F98.5 Tartamudeo (espasmofemia).<br/>           F98.6 Farfullero.<br/>           F98.8 Otro trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia.<br/>           F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia sin especificación.</p> <p><b>F99 Trastornos mentales sin especificar.</b></p> |

Rutter (1989) destaca como puntos más positivos de esta clasificación su utilidad clínica, por la forma flexible que se utiliza para la descripción de los trastornos; ser un instrumento útil en la formación de los profesionales gracias a la forma explícita en que se presentan los conceptos por la acumulación de conocimientos que contiene, y, por último, su potencial para adaptarse a los conocimientos nuevos.

## Bibliografía

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 (2<sup>nd</sup> ed.)*. Washington: Author.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III (3<sup>rd</sup> ed.)*. Washington: Author.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III-R (3<sup>th</sup> ed. Rev.)*. Washington: Author.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV (4<sup>th</sup> ed.)*. Washington: Author.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR, text revision (4<sup>th</sup> ed. Rev.)*. Washington: Author.

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.

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.

Gelder, M, Mayou, R, Cowen P. *Traité de psychiatrie. Classifications en psychiatrie*. Chapitre 4 pags: 81-94. Ed. Flammarion (2005).

Kraepelin, E. (1899). *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte (6th ed, en 2 vols)*. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth.

Mises, 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.

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*, 9,371-394.

Rutter, M., Tuma, A. y Lann, I.S. (Eds) (1988). *Assessment and diagnosis in child psychopathology*. New York: Guilford.

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.