

# Diagnóstico en psiquiatría infantil

*Francisco B. Assumpção Jr.*

El término diagnóstico es de origen griego y significa reconocimiento. En Medicina, diagnosticar es reconocer una patología en un individuo enfermo con un propósito clínico (la terapéutica), de comunicación, de investigación (el diagnóstico anatómico patológico o epidemiológico) u otro (con pericia laboral o forense) (Miranda-Sá, 1992). En psiquiatría infantil éste es extremadamente complejo, considerándose que corresponde a la incidencia de diversas patologías en un organismo en pleno crecimiento y evolución.

Para su establecimiento podemos tener dos criterios. Un individual, en el cual el profesional busca reunir todos los elementos conseguidos a través de la anamnesis y exámenes, llegando a una solución. Esa formulación diagnóstica es extremadamente frecuente entre nosotros, principalmente si consideramos que pertenecemos a un tercer mundo carente de recursos económicos y personales. Se presenta también el hecho de que el psiquiatra de la infancia, por la propia característica de la especialidad, todavía en fase inicial y de organización en nuestro medio, no tiene el hábito de pensar buscando englobar conocimientos provenientes de otras especialidades médicas, quedándose muchas veces restricto al pensamiento psiquiátrico tradicional, difícil de ser transportado totalmente para la comprensión del niño.

Otro criterio realizado colectivamente, con un diagnóstico comprensivo es aquél donde pueden ser visualizadas la situación actual del paciente y las respuestas a las repercusiones futuras.

Ese modelo, también de difícil aplicación en Psiquiatría de la Infancia, una vez que ésta no presenta una nosografía bastante establecida y aceptada, quedando los cuadros clínicos dependientes de la escuela psiquiátrica a la que el profesional se afilia, resulta de difícil aceptación y comprensión por parte de otros médicos.

Leme Lopes (1954) en su clásico trabajo sobre diagnóstico, dice que, "diagnóstico unidimensional es diagnóstico unidireccional", pues partir solamente del síntoma, de la señal, del dato clínico y alcanzar la enfermedad es difícil. Continúa diciendo que no hay divergencias al afirmar que ese tipo de diagnóstico es imposible en psiquiatría. Continúa su idea afirmando que "el camino para la mejoría del diagnóstico psiquiátrico es la sistematización de un diagnóstico pluridimensional". Concluyendo dice que su propuesta diagnóstica engloba tres dimensiones, la sindrómica, la de la personalidad

## RESUMEN

El autor discute el término diagnóstico, la difícil aplicación en Psiquiatría de la Infancia e sus características propias.

Aborda las limitaciones de los sistemas diagnósticos actuales y como se procesa el pensamiento de lo especialista cuando lo hace.

Concluye que el diagnóstico, independiente de las clasificaciones, permite una visión multiaxial del paciente, considerando no solamente el síndrome clínico pero también la personalidad, nivel intelectual y etiología, bien como la constelación familiar y cultural para el establecimiento de un mejor pronóstico y tratamiento.

pre-mórbida y la de la constelación etiológica, utilizadas no como medidas estáticas sino "como líneas de fuerza en acción, interaccionándose y conformando la totalidad de la estructuración del desorden mental". El diagnóstico sería, por lo tanto, la síntesis de esas tres dimensiones.

Así, los criterios son mutables de acuerdo con la formación y la preocupación de aquél que diagnostica ya que implica en toda una concepción que abarca terapéutica y pronóstico.

Para Naomar Almeida Filho (1989) el diagnóstico psiquiátrico posee características propias como:

- a) es un proceso mental deductivo, produciendo conclusiones sobre casos particulares a partir de reglas generales;
- b) es realizado en casos individuales "considerados en su singularidad, integrados enseguida a una casuística. La selección de estos casos se hace en busca de una cierta homogeneidad que puede ser retornada para la entidad mórbida, en medio de la infinita diversidad de atributos particulares de cada caso, por la aplicación de criterios de conveniencia";
- c) la necesidad de integralización de conocimientos sobre cada caso determina mayor necesidad de detallamiento, resultando en criterios subjetivos y disminuyendo su grado de reproductibilidad;
- d) los datos semiológicos en Psiquiatría toleran atribuciones simbólicas con diversos grados de imprecisión, ambigüedad e incoherencia.

La clasificación de las enfermedades mentales se ha dado históricamente, por las observaciones de síntomas e señales presentados por los pacientes. A través de este método, el clínico busca descifrar en el conjunto de las observaciones, los disturbios subyacentes ya descritos e incluidos en alguna clasificación reconocida. La ocurrencia de modificaciones en la descripción del cuadro clínico provoca una diferenciación en las categorías clínicas. El abordaje descriptivo<sup>1</sup> de los disturbios origina dudas, sobre si determinados disturbios existen o no, y si deben o no ser incluidos en categorías específicas. Varios autores han criticado la prisa en declararse nuevas enfermedades, sin que hayan comprobaciones empíricas consistentes (Hinshaw, 1987; Quay et al. 1987). Ésa tal vez sea la mayor crítica a la visión de la psicopatología descriptiva del final del siglo XIX, base de los actuales DSM.

Hay una razonable concordancia respecto a que dificultades en la clasificación de los disturbios mentales son un factor crítico en el desenvolvimiento de investigaciones en psicopatología infantil.

Los modelos de clasificación de los disturbios psiquiátricos en el niño se refieren a dos abordajes distintos: una dimensional, en que las características claves son aceptadas como siendo distribuidas

continuamente, y otra categórica, en que los casos son considerados como tipos o grupos discretos (DSMIIIR, 1987)<sup>3</sup>. Aún cuando las mayores dificultades estén relacionadas al uso de estas dos abordajes en la evaluación y en el diagnóstico, en psicopatología, no existe uniformidad mismo entre los sistemas categóricos (Jensen et al., 1993). Entretanto, los dos sistemas categóricos de clasificación en psicopatología más utilizados actualmente, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Disturbios Mentales (DSM), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, y el Código Internacional de Enfermedades (CID), publicado por la Organización Mundial de la Salud, ha hecho un esfuerzo con el objetivo de conciliar sus categorías clínicas (McArdle et al., 1995), en que pese su embaçamento en la Psicopatología descriptiva simplemente.

La cuestión de la no uniformidad entre los conceptos aplicados en esos sistemas envolvió el propio uso indistinto de los términos categoría y dimensión, como observamos en varios estudios.

Los intentos científicos de comprender los disturbios en psicopatología infantil ha generado una serie de estudios de concordancia entre los sistemas clasificatorios. Prendergast y cols. (1988), en estudio transnacional de confiabilidad<sup>15</sup> del diagnóstico de hiperactividad entre el DSMIII (APA, 1980) y el CID-9 (WHO, 1978) verificaron que la tasa de concordancia del diagnóstico entre clínicos ingleses y americanos era inaceptablemente baja. Valla y cols. (1994), estudiando el nivel de concordancia entre los diagnósticos de dos sistemas de clasificación: el DSMIIIR (APA, 1987) y la Clasificación Francesa de Desórdenes Mentales en Niños y Adolescentes (CFDMCA) (Misès y Fortineau, 1988). Mientras que en el DSM el diagnóstico era establecido de acuerdo con datos obtenidos de informantes y de especialistas clínicos, la CFDMCA proponía que los datos fuesen obtenidos exclusivamente a través de evaluaciones clínicas realizadas por especialistas.

Entre las limitaciones de ambos sistemas fue observada la baja confiabilidad tanto en los datos colectados entre los informantes, cuanto en el juzgamiento clínico realizado por los especialistas. De las varias conclusiones a que los autores llegaron, una que nos interesa resaltar es la de que aunque los constructos<sup>5</sup> de ambos sistemas fuesen diferentes en relación a sus referenciales teóricos y a sus métodos de evaluación, no eran enteramente independientes en relación a la composición de sus categorías. Según Reid (1995) las recientes publicaciones del CID10 (WHO, 1990) y del DSMIV (APA, 1994) pueden mejorar el nivel de concordancia entre estos sistemas.

Cabe entretanto considerarse que mientras el DSM se embase solamente en un modelo descriptivo (y no fenomenológico), la CFDMCA se basa en un modelo

comprensivo, característico de su pensamiento psiquiátrico.

Así, en Psiquiatría de la Infancia, mucho más que en la Psiquiatría orientada para el estudio del individuo adulto, los problemas diagnósticos son de mayor monto.

Ese diagnóstico resulta de procesos de pensamiento dependientes de la característica del profesional que lo elabora, considerándose su capacidad y experiencia.

Esto porque el modelo de procesamiento de la actividad mental humana consiste en tres subsistemas, a saber, perceptivo, cognitivo y motor (Harmon & King, 1988).

La entrada al sistema general se realiza por medio de estímulos externos. Esos sensores, que captan el mundo externo, juntamente con las memorias transitorias, constituyen el sistema perceptivo.

El procesador cognitivo selecciona percepciones (a través de los procesos de atención) para almacenamiento. Así, él busca informaciones en lo ya almacenado, las evalúa y las almacena en otra memoria. Para cumplir esas tareas más complejas, el procesador se vale por lo tanto de una memoria permanente.

Ésta consiste en un sistema de símbolos almacenados como un complejo de indexación. Esos símbolos se organizan entre sí y constituyen conjuntos, muchas veces antagónicos, pero que pueden ser accedidos a partir de un determinado punto. Esa organización compleja se inicia en la juventud del individuo. En la medida en que éste envejece, se aglomeran cada vez más informaciones sobre estímulos cada vez más diversos y abstractos.

El conocimiento se interliga entonces en una red compleja, sin ningún límite de informaciones, que puede ser almacenada en la memoria permanente.

Finalmente, después de investigar y buscar en la memoria la información deseada es enviada al sistema motor que inicia acciones que resultarán en una actividad observable (Harmon & King, 1988).

Tenemos entonces un "input" sensorial, dado por la conducta observable en el paciente en cuestión.

Por otro lado el "output" es fornecido por nuestro diagnóstico.

Mientras tanto, en una amplia revisión sobre la psicopatología de niños, Quay y cols. (1987) alertan para la necesidad de estar atentos porque observaciones clínicas no confirmadas por procesos de validación<sup>6</sup> criteriosa pueden resultar en una abundancia de categorías cuya existencia puede ser seriamente cuestionada. Sugieren, así, que la admisión de cualquier nuevo síndrome en la psicopatología de la infancia y de la adolescencia se dé basada en criterios más específicos, criterios éstos que excluirían varias de las actuales categorías de los DSMs, que no están sustentadas por aspectos importantes de diferenciación como etiología, padrón familiar, curso, pronóstico y tratamiento.

Jensen y cols. (1993) sugieren todavía un esfuerzo para aumentar el número de estudios que crucen múltiples dominios conceptuales (por ejemplo, variables biológicas y psicosociales). Del mismo modo, Cooley y Morris (1990) proponen también estudios que consideren la continuidad y la discontinuidad en el desarrollo de los niños, bien como en sus medidas de evaluación. Estos estudios envolverían, por ejemplo, los factores del desarrollo y sus influencias en la presentación clínica y en el curso de la psicopatología. Otro aspecto de esta importante visión se refiere a las lagunas en el conocimiento de las taxonomías entre niños, adolescentes y adultos.

Las controversias entre las clasificaciones de las enfermedades se extienden a los instrumentos de medidas que evalúan éstas mismas enfermedades. Minayo y Sanches (1993) hablan del esfuerzo para llegar a una cuantificación adecuada en fenómenos complejos sobre investigación, en parte porque éstos son básicamente difíciles de ser medidos y cuantificados.

Entretanto, podemos proponernos a pensar solamente la estrategia de pensamiento, para poder crear, basados en nuestra experiencia y en la literatura especializada, un modelo de pensamiento facilitador de ese proceso diagnóstico.

Para resolver problemas difíciles eficientemente, se hace necesario contruir una estructura de control que, aunque no dé la garantía de la mejor respuesta, la de una buena respuesta. De esa manera, podemos introducir la idea de "busca heurística" que mejora la eficiencia de un proceso de busca sacrificando las ideas de perfección (Rich, 1988).

Heurística, derivada de la palabra griega "heuriskein", significa descubrir. Sus técnicas ayudan a orientar el proceso de búsqueda sin que se sacrifique la idea de perfección que ese proceso pueda anteriormente haber presentado (Rich, 1988).

Se implementan así soluciones adecuadas para problemas difíciles.

Así, las posibilidades diagnósticas sobre un punto de vista etiológico son el objetivo básico, aunque por cuestiones de la propia nosografía psiquiátrica, tengamos que considerar algunas entidades mórbidas cuya etiología no se encuentra suficientemente aclarada, consistiendo por lo tanto en un "constructo" teórico.

Para establecer ese proceso de diagnóstico podemos buscar entonces construir algoritmos.

Un algoritmo, según Tremblay y Bunt (1983), puede ser definido como una secuencia ordenada y sin ambigüedad de pasos, que llevan a la solución de un determinado problema. Para Rich (1988), es una secuencia de pasos que orienta el pensamiento.

El poder explicativo de un algoritmo es más generativo que predictivo. Él unifica padrones

observables de "input-output" por hipótesis o estructura interna de padrones computacionales específicos, que los conectan de modo organizado. La persistencia y el cambio de los padrones observables muestra como son hechos o producidos, como estructura finita de alto nivel, con padrones transobservacionales que ultrapasan la multiplicidad de padrones de niveles de observación (Harmon & King, 1985).

Él es por lo tanto un procedimiento sistemático que, si seguido, garantiza un resultado correcto (Harmon & King, 1988).

Entretanto, un algoritmo que se intente construir visándose especulaciones de comportamiento humano, y el modelo de pensamiento diagnóstico es un ejemplo, se basa en semejanzas de conductas, una vez que tiene la pretensión de universalidad. Así, aunque pierda en especificidad, gana en universalidad siendo pasible de ser utilizado por muchas personas (Devoto, 1992).

En psiquiatría, el intento de padronización a través de los criterios diagnósticos tipo DSM III o CID ya reflejan un cambio para una visión más pragmática, visando una homogenización de nomenclatura y diagnóstico, aunque se muestren limitados en función del abandono de la tradición fenomenológica, bastante adecuada en el estudio de los problemas existentes en las ciencias humanas.

De esa manera, independientemente de la propuesta teórica, pensamos que la anamnesis es el primer punto a considerar, constituyéndose la llave maestra del diagnóstico, siendo varias las posibilidades, desde cuestionarios estructurados hasta entrevistas libres, considerándose, inclusive el ambiente familiar y escolar, bien como el momento evolutivo del niño.

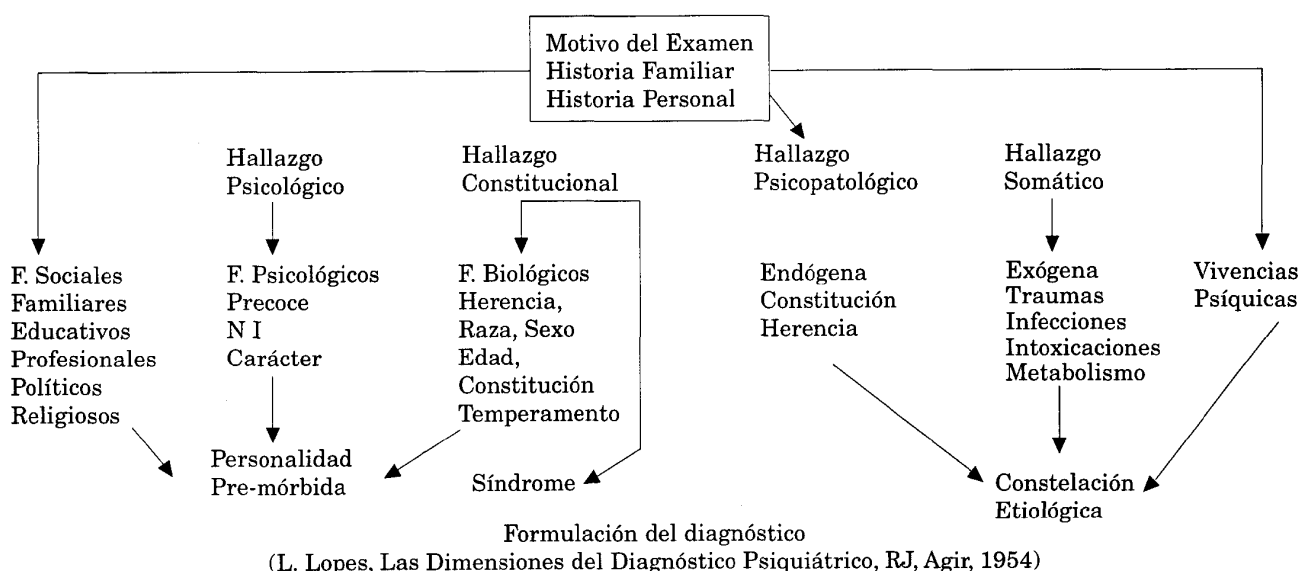
El examen objetivo, de fundamental importancia, nos permite visualizar la problemática psicopatológica, a través de la evaluación de las funciones psíquicas dentro de una óptica desarrollista.

Exámenes complementarios, indispensables, encaminan el pensamiento diagnóstico en dirección a alteraciones genéticas o metabólicas, caracterizando así, una nueva vertiente de la Psiquiatría de la infancia.

Ese diagnóstico comprenderá así desde la descripción y comprensión de toda una vida en vías de desarrollo, con sus relaciones familiares y personales, hasta la descripción objetiva de las alteraciones psicopatológicas del paciente.

Eso, independientemente de las clasificaciones o criterios diagnósticos que reflejan el pensamiento psiquiátrico de la época, va a permitir una visión multiaxial del paciente dando un síndrome clínico, desarrollo de personalidad, nivel intelectual, y etiología, bien como toda la constelación familiar y cultural, posibilitando el establecimiento de un mejor tratamiento y un pronóstico más específico.

En fin, como decía Kanner (apud Krynski, 1977), "como médicos nuestra obligación fue siempre, y lo es todavía, la de estudiar al paciente con su propio e inigualable perfil, tal como lo encontramos en su desarrollo somático, intelectual y emocional, en el marco de referencia de las fuerzas ambientales que contribuyeron para la situación que lo lleva a solicitar ayuda profesional. Bien entrenado, todo psiquiatra de infancia se encuentra actualmente en posición para hacer esto, sea cual fuese el tipo de problema que se presente, o cualquiera que sea el diagnóstico".



## SUMMARY

The author discusses the term diagnosis, its difficult application in Child Psychiatry and its own characteristics. It approaches the limitations of the current diagnostic systems and how the specialist's thought is processed when he/she makes it. It concludes saying that independently of the classifications, the diagnosis allows a patient's multiaxial vision, considering not only the clinical syndrome but also personality, intellectual level and etiology, as well as the family and cultural constellation for the establishment of a better prognostic and treatment.

## Bibliografia

- Almeida Filho, N. Anotações sobre epidemiologia e diagnóstico psiquiátrico. *Revista Psiquiatria RS*; 11 (2): 112-115; 1989.
- Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10. Organização Mundial de Saúde; Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Coley, E.L.; Morris, R.D. Attention in children: a neuropsychologically based model for assessment. *Dev Neuropsychology*; 6 (3): 239-274, 1990.
- Harmon, P.; King, D. *Sistemas especialistas*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- Hinshaw, S.P. On the distinction between Attentional Deficit / Hyperactivity and Conduct problems Agression in child psychopathology. *Psychological Bulletin*, 101 (3): 443-463; 1987.
- Jensen, P.S.; Koretz, D.; Locke, B.Z.; Schneider, S.; Radke-Yarrow, M.; Richters, J.E.; Rumsey, J.M. Child and adolescent psychopathology research: problems and prospects for the 1990s. *J psychological measurement*; 20: 141-151; 1993.
- Jrbski, S. *Temas de Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1977.
- Leme Lopes, J. *As dimensões do diagnóstico psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Agir, 1954.
- APA - Manual de diagnóstico e estatística de Distúrbios Mentais (DSM-III-R). São Paulo: Manole; 1989.
- APA - Manual de diagnóstico e estatística de Distúrbios Mentais (DSM-IV). Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- McArdle, P.; O'Brien, G.; Kolvin, I. Hyperactivity: prevalence and relationship with conduct disorder. *J Child Psychology and Psychiatry*; 36 (2): 279-303; 1995.
- Minayo, M.C.S.; Sanches, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública*, 9 (3): 239-262, 1993.
- Miranda-Sá JR., L.S. O diagnóstico psiquiátrico e a CID-10. Rio de Janeiro: Tese (Livre-Docência) apresentada à Universidade Gama Filho; 1992.
- Misès, R. Classification Française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*; 38 (10-!!): 523-539; 1990.
- Prendergast, Taylor, E.; Rapoport, J.L.; Bartko, D.; Donnelly, M.; Zametkin, A.; Ahearn, M.B.; Dunn, P.; Wieleberg, H.M. The diagnosis of childhood hyperactivity: A. U. S. - U.K. cross-nation study of DSM III and ICD-9. *J Child Psychology and Psychiatry*; 29: 289-300; 1988.
- Quay, H.C.; Routh, D.K.; Shapiro, S.K. Psychopathology of childhood: from description to validation. *Ann Review of Psychology*; 38: 491-532; 1987.
- Rich, E. *Inteligência artificial*. São Paulo: McGraw-Hill; 1988.
- Trembley, J.P.; Bult, R.B. *Ciência dos computadores: uma abordagem algorítmica*. São Paulo: McGraw-Hill; 1983.