

El “doble diagnóstico” en el retraso mental: una evaluación crítica

AQUILINO POLAINO-LORENTE*

Introducción

El problema del diagnóstico en el retraso mental (RM, en lo sucesivo) no es, contra lo que algunos puedan pensar, una cuestión acabada. Acontece aquí lo mismo que sucede en otros muchos ámbitos de la ciencia: que las cuestiones estudiadas casi nunca están acabadas del todo, sino que más bien es la creatividad y, en ocasiones, las fuerzas de los investigadores las que se arruinan antes de desvelar por completo las cuestiones que se proponían estudiar.

En la actualidad, no basta con diagnosticar si un niño padece o no de retraso mental. Esto, qué duda cabe, es importante pero no es suficiente. Podrían aducirse aquí algunas de las muchas razones disponibles sobre este particular. Son muchas las cuestiones psicopatológicas que suscita el RM. De hecho, muchas de las intervenciones psiquiátricas y psicopedagógicas reclamadas por el RM responden a la necesidad de resolver problemas que trascienden el recortado ámbito —artificialmente reduccionista— donde se le ha recluido. Este es el caso, por ejemplo, del comportamiento agresivo, del mutismo y la inhibición, de las estereotipias motoras, de las conductas autolesivas o de los trastornos de conducta, manifestaciones sintomáticas todas ellas relativamente frecuentes que, no obstante, no se identifican ni son peculiaridades específicas del RM.

A ellas suelen añadirse otras alteraciones auditivas y visuales que, derivadas del RM o de otros trastornos adicionales, impiden o dificultan el progreso terapéutico en estos pacientes. Estas manifestaciones son importantes porque a veces se confunden con otros trastornos psicopatológicos

* Catedrático de Psicopatología de la Universidad Complutense de Madrid.

—déficits de atención, dificultades en el aprendizaje o trastornos de conducta—, que poco o nada tienen que ver con el problema básico que al niño afecta.

De otra parte, el niño con RM —como cualquier otro niño— puede padecer las más variadas enfermedades psiquiátricas y somáticas, independientemente de cuál sea la naturaleza del RM que sufre. En unas ocasiones, lógicamente, esas alteraciones podrán estar vinculadas en alguna forma al RM, pero otras veces cursarán como procesos completamente independientes entre sí, al menos desde la perspectiva etiológica.

La versatilidad de estas alteraciones en lo relativo a su origen, manifestación y término introduce una nota de complejidad en la clínica del RM, que no siempre es posible resolver. A ello se añade el hecho de que algunas de esas nuevas manifestaciones sintomáticas tienen una expresividad diferente en el niño con y sin RM, como corresponde a una configuración de los síntomas que no surge “*ex novo*”, sino que ha sido previamente modalizada por el RM. Ante éstas y otras dificultades es lógico que el clínico o el pedagogo hagan ciertas atribuciones —algo así como una hipótesis de trabajo, útil para el diseño de la oportuna y futura intervención—, que muchas veces no son coincidentes. Nada de particular tiene, entonces, que en la última década haya surgido una nueva orientación en el diagnóstico del RM tendente a obviar estos problemas, apelando al “*doble diagnóstico*”. Una opción ésta que parece inclinarse por considerar la coexistencia de dos entidades clínicas independientes que, sincrónicamente, afectarían al niño, olvidándose del posible nexo que tal vez las une y acaso algún día no lejano pueda explicar mejor lo que se observa en la clínica.

Algunos datos relativamente elocuentes

Son muchos los datos de que disponemos respecto a lo que se ha afirmado líneas atrás. Así, por ejemplo, Richardson, Katz, Koller, McLaren y Rubinstein (1979, *cfr.* Matson y Frame, 1986) sobre una muestra de 200 niños ingleses con RM, cuyas alteraciones se habían seguido desde el nacimiento hasta la juventud, encontraron que un 20% presentaba conductas agresivas y un 25% trastornos psicológicos que precisaban tratamiento. En ambos grupos —lo que constituye casi el 50% de la muestra— estas alteraciones comenzaron a manifestarse al llegar los niños a la adolescencia.

El estudio comparativo realizado ese mismo año, por Cullinan, Epstein y Dembinski (1979) en niños y adolescentes de ambos sexos, con y sin RM, puso de manifiesto que en los primeros eran más frecuentes las conductas ansiosas y de aislamiento, así como los trastornos de la atención. A

parecida conclusión llegaron DeKrey y Ehly (1881) al detectar en los pacientes con RM una tasa mayor de ansiedad y depresión y un peor ajuste que sus compañeros sin RM de la misma edad.

El estudio comparativo de los adolescentes con y sin RM, mediante el BPC ("Behavior Problem Checklist"), puso de manifiesto que en los 259 pacientes con RM eran más frecuentes los problemas de conducta, el aislamiento y los trastornos de ansiedad. Por contra, en el grupo de adolescentes sin RM no se manifestaron trastornos depresivos y de la atención, peculiaridades que fueron evidentes en el grupo de adolescentes con RM (Matson, Epstein y Cullinan, 1984; Cullinan, Epstein, Matson y Rosemier, 1984).

¿A qué podemos atribuir el hecho de que la depresión y la ansiedad sean más frecuentes entre los adolescentes con RM? ¿Pueden considerarse tal vez como trastornos implícitos en el RM, que sólo surgen con la llegada de la adolescencia? ¿Hemos de pensar que la mayor incidencia de esos trastornos son una mera consecuencia derivada del RM o, por el contrario, que esas alteraciones cursan de modo independiente al RM?

Muy pocos se atreverían a sostener, según el estado actual de nuestros conocimientos sobre este particular, que esos trastornos obedecen a las mismas alteraciones neurobiológicas del RM. De aquí, la relativamente justificada apelación al "doble diagnóstico". Pero obsérvese que tal apelación enmascara un cierto modelo implícito: el que sostiene una casi absoluta independencia —de lo contrario, resultaría inapropiado y no tendría sentido el empleo del término "doble"— entre uno y otro procesos.

Tal vez la verificación o refutación de esta hipótesis del "doble diagnóstico" no podrá lograrse hasta que no dispongamos de conocimientos neurobiológicos mejor fundados acerca del RM. Mientras tanto esto no sucede, tal apelación es solamente hipotética y, por consiguiente, no debiera prodigarse su uso, puesto que con éste acaso se contribuya —sin apenas quererlo— a hacer todavía más difícil el esclarecimiento de este problema.

Mayor relevancia tienen, a este respecto, los datos comunicados por Jacobson (1982), quien revisó una muestra de 8727 niños con RM del Estado de Nueva York, encontrando en 855 de ellos trastornos psicopatológicos cognitivos, afectivos y comportamentales de muy diversa naturaleza, lo que constituye casi el 10% de la población estudiada. Sintetizo a continuación algunos de los síntomas que más frecuentemente se encontraron en esta muestra: trastornos cognitivos (perseveración, 7.9%; desorientación espacial y/o temporal 7.8%; ecolalia, 5.9%; alucinaciones e ideas delirantes, 5.1%); trastornos afectivos (ausencia de respuestas interpersonales, 21.6%^o; afectos inapropiados, 15.9%; cambios extremos del estado de ánimo, 12.5%; irritabilidad extrema, 4.7%; depresión, 4.3%; intentos suicidas, 1.08%); y trastornos de conducta (gritos, 34.5%; asaltos

físicos a otras personas, 30% hiperactividad, 30%; conductas autoinjuriosas, 23%; resistencia a ser supervisados, 20.5%; estereotipias, 15.7%; fugas y vagabundeo, 15.5%; destrucción de la propiedad, 12.9%; abusos verbales, 9.2%; pica, 1.9% juego sexual inapropiado, 3.6%; robo, 3.5%; uso inapropiado de vestidos 3.1%; violación, 3.1%; hurtos públicos, 2.5%; reproches 1.5%, incendios provocados, 1.4%; y consumo de drogas, 0.3%).

Autismo y RM

Para continuar con esta revisión, algo parecido puede afirmarse respecto del autismo y el RM (Polaino-Lorente, 1981). Hay varias manifestaciones sintomatológicas comunes, así como otras diferenciales, en ambos cuadros nosológicos. Sin embargo, algunos hechos —hoy aceptados por la comunidad científica— hace más compleja todavía la decisión diagnóstica y terapéutica en estos casos.

De una parte, hay cuadros clínicos mixtos en los que se manifiestan unos y otros de los síntomas específicos o comunes de estas entidades diagnósticas. De otra, hay niños diagnosticados como autistas, que evolucionan hacia el RM, sea como consecuencia de los déficits cognitivos que son propios del autismo, sea como resultado de su falta de adaptación al medio y de las dificultades que encuentran para el aprendizaje o sea, por último como consecuencia del resultado final hacia el que evolucionan las estructuras neurobiológicas afectadas. Esto, en ocasiones, plantea una grave cuestión diagnóstica, siendo muy difícil distinguir y valorar los aspectos comunes o diferenciales entre una y otra posibilidades nosológicas.

Para tratar de resolver estas dificultades se han diseñado nuevos procedimientos de evaluación. Una entrevista muy útil para niños autistas y/o esquizofrénicos es la “Children’s Handicap Behavior and Skills Schedule”, de Wing y Gould (1978). Una exploración, tan importante en este ámbito, como la de los problemas de adaptación y los trastornos de conducta puede resultar un poco más fácil sirviéndose de la “Adaptive Behavior Scale”, de Nihira y cols. (1974; versión escolar de Lambert y col., 1981), que por sus excelentes propiedades psicométricas puede emplearse, además, como instrumento de “screening”. El comportamiento social del niño puede ser evaluado a través del profesor, sirviéndose de la “Matson Evaluation of social Skills with Youngsters”, de Matson y col. (1983).

Esquizofrenia y RM

Disponemos de escasas investigaciones en las que se estudie la relación entre esquizofrenia y RM en poblaciones infantiles. Sin embargo, los datos disponibles ponen de manifiesto que ambos diagnósticos pueden

coincidir, simultáneamente, en ciertos niños. Algunos autores (Kolvim y cols., 1971; y Green y cols., 1984) son coincidentes al señalar que el 12% de los niños diagnosticados de esquizofrenia tenían un CI por debajo de 70. De otra parte, los síntomas esquizofrénicos pueden manifestarse en niños con RM, a partir de los cinco años de edad.

No obstante, como apunta Costello (1982), son muchas las dificultades con que nos encontramos para poder distinguir entre estas dos entidades nosológicas, ya que el bajo nivel de las funciones cognitivas en los niños con RM dificultan extraordinariamente la evaluación de ciertos síntomas nucleares propios de la esquizofrenia, como son los trastornos del pensamiento (especialmente las ideas delirantes y las alucinaciones), cuya exploración clínica además de ser muy difícil no siempre puede verificarse. De aquí que el autor antes citado recomienda evitar el diagnóstico de esquizofrenia en niños con RM, cuyo CI esté por debajo de 45.

En este ámbito se ha hecho un gran esfuerzo al diseñar escalas específicas para la evaluación de la conducta psicótica en pacientes con RM. Entre ellas cabe destacar la escala de "Diagnostic of Psychotic Behavior in Children" (DIPBEC; Haracopos y Kelstrup, 1978), que proporciona además cierta información adicional relativa a la ansiedad y la depresión.

Psicosis maniaco depresiva y RM

La revisión de la bibliografía disponible sobre este particular realizada por Sovner y Hurley (1983), en adolescentes con RM menores de 21 años, puso de manifiesto que esta alteración es relativamente frecuente en el RM. No obstante, el diagnóstico de depresión en el RM es mucho más fácil de establecer que el de la manía, sea por la mayor frecuencia con que se asocian depresión y RM o sea porque las manifestaciones sintomáticas depresivas son más fáciles de apresar e identificar en el RM, que la sintomatología maniaca (Costello, 1982).

Dadas estas circunstancias nada de particular tiene que en la última década se hayan diseñado nuevos instrumentos de evaluación con el fin de establecer de forma más rigurosa tales diagnósticos. Este es el caso de la "Aberrant Behavior Checklist" (ABC; de Aman y col., 1985) y del "Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults" (PIMRA; de Matson y col., 1984; Kazdin y col., 1983). A pesar de los esfuerzos realizados, los resultados obtenidos todavía continúan siendo un tanto desiguales.

Matson y col. (1988) han evaluado la depresión en 31 niños con RM hospitalizados en la clínica universitaria de la Universidad de Pittsburg, comparándolos con 31 niños normales escolarizados, igualados en edad y sexo, a través del CDI ("Child Depression Inventory") y del CBP ("Child Behavior Profile"), dos instrumentos específicos para la evaluación de la

depresión, siguiendo la corta y reciente tradición de otros investigadores (Reynolds y Coates, 1986; Reynolds, Andersen y Bartell, 1986; Kazdin y col., 1983 y Frame y col., 1982). Los resultados obtenidos en esta investigación —una de las primeras en que se ha evaluado empíricamente este problema en niños con RM en EE.UU.— ponen de manifiesto que en el grupo de niños con RM se manifiestan también otras alteraciones psicopatológicas como las conductas agresivas, la hiperactividad, las ideas delirantes e incluso la esquizofrenia.

En realidad, disponemos de pocas investigaciones en las que específicamente se haya evaluado la depresión en niños con RM (Cullinan y col., 1984), pero los resultados que de ellas se derivan permiten sostener la hipótesis de que los niños con RM deben ser considerados como una población de más alto riesgo, respecto del padecimiento de depresión y otras manifestaciones psicopatológicas, que los niños con inteligencia normal (cfr., a este respecto, los resultados comunicados por Menolascino y Swanson, 1982; Rutter y col., 1976)

De otra parte, estudios más recientes ponen de manifiesto la coexistencia de depresión infantil y otros diagnósticos psiquiátricos, como la ansiedad (Bernstein, 1991; Kotsopoulos y col., 1989; Kovacs y cols., 1989) y los trastornos de conducta (Cole y col., 1990; Kovacs y cols., 1988). El nudo de la cuestión parece estar hoy (Kovacs y cols., 1989) en la comorbilidad de la depresión y otros trastornos psicopatológicos, lo que conlleva un planteamiento mucho más complejo a nivel clínico, conceptual y nosológico del problema, que no permite el reduccionismo de sólo la opción del “doble diagnóstico”. ¿Se trata, en realidad, de una única entidad clínica o, por el contrario, nos enfrentamos a una pluralidad de trastornos asociados de muy difícil delimitación en la actualidad?

Para algunos la solución se encuentra apelando a la vieja entidad de las “depresiones enmascaradas”, un cuadro clínico éste que por su configuración conceptual abarcaría e integraría dentro de sí el vasto puzzle sintomatológico que hoy descubrimos con harta frecuencia en la clínica. Pero no parece que esta sencilla vuelta atrás nos ayude a resolver el problema. Por contra, otros autores (Rutter, 1989) opinan que sería más correcto incluir todas esas condiciones comórbidas en una categoría como la de “trastornos mixtos”, que por otra parte, ha sido ya recogida en la 10ª revisión de la “International Classification of Diseases” (ICD-10). La evidencia clínica disponible en el último quinquenio se muestra contraria a una consideración unitaria, por ejemplo, de la depresión y los trastornos de conducta.

Puig-Antich (1982) y Kovacs y cols. (1988) optan por señalar las dificultades existentes al tratar de conciliar la cocurrencia de la depresión y los trastornos de conducta en estos niños. De hecho, como señala el primero de los autores citados, la distinción entre trastornos emocionales y comportamentales fue establecida no sólo a partir de enfoques dimensio-

nales y categoriales diversos, sino también desde los resultados diferenciales obtenidos en otras investigaciones, más allá del mero contexto de la clínica.

De otro lado, la investigación multivariada (Kotsopoulos, 1989) ha distinguido con suficiente nitidez entre la dimensión “internalizing” (en la que se incluyen los trastornos relativos a la depresión y la ansiedad) y la así llamada “externalizing” (en la que se integrarían los trastornos de conducta).

De aquí que se presente como más razonable la propuesta de Kovacs y cols. (1988), consistente en asignar a cada caso particular todos los diagnósticos que puedan ser justificados de acuerdo con sus manifestaciones clínicas, sin establecer entre ellos ninguna jerarquía determinada. En este horizonte, la perspectiva de los diagnósticos concurrentes se nos aparece “in nuce” como más acertada y, sobre todo, plena de un más riguroso vigor que las perspectivas que optan por el “doble diagnóstico —¿por qué limitar la nosología a sólo dos diagnósticos— o los que reponen el viejo y enmascarado concepto de depresión enmascarada”.

La primeras de las opciones, que el autor de estas líneas suscribe, es además la más respetuosa con los tozudos hechos y datos clínicos, algo que le depara un futuro esperanzador, una vez que las otras opciones parecen estar agostadas y haber demostrado una indiscutible ineficacia explicativa. Esto quiere decir que parece mejor optar por la coexistencia de diversos cuadros clínicos que no englobarlos en un concepto que, a fuerza de integrar a todos ellos, apenas si significa algo. La ciencia, una vez más, demuestra que para avanzar hay que proceder de lo sencillo a lo complejo, que la comorbilidad no resulta explicada englobándola en un término intransparente y opaco que nada aporta, sino analizando sus diversos componentes, aunque estos se consideren de forma asociada o independientemente.

El “doble diagnóstico” de depresión e hiperactividad infantil

Otro sesgo también relativamente frecuente procede de las fuentes de información empleadas. Es usual que en la edad preescolar se trabaje con cuestionarios que contestan padres y profesores.

En una investigación realizada por Papatheophilou y cols. (1981), en Grecia, con niños de 6 a 8 años de edad, los autores encontraron diferencias significativas en la información procedente de padres y profesores. Los *profesores* emplearon el término “trastorno de conducta” mucho más frecuentemente —aproximadamente el doble— que los padres para calificar la conducta de los niños. Por contra, los *padres* calificaron a sus hijos

como “hiperactivos”, dos o tres veces más frecuentemente que los profesores.

Cuando ambos trastornos se manifestaban simultáneamente en un niño, la calificación de padres y profesores fue coincidente. No obstante, los niños fueron calificados más frecuentemente como hiperactivos o con trastornos de conducta que las niñas; éstas, en cambio, fueron calificadas más frecuentemente que aquellos con el término de neurosis.

Más paradójico resultan las relaciones existentes entre los referidos trastornos —según que los evaluaran padres y profesores—, y las calificaciones académicas obtenidas. Así, por ejemplo, las evaluaciones de los profesores correlacionaron negativamente con el coeficiente intelectual, las calificaciones escolares, la coordinación motora y el rendimiento en pruebas de cálculo y lectura.

Las niñas calificadas por sus *profesores* como neuróticas obtuvieron bajas calificaciones, pobreza de vocabulario y dificultades en pruebas de cálculo y lectura. Por contra, las niñas calificadas como neuróticas por sus *padres* tenían un excelente CI y sus calificaciones escolares estaban dentro de la media. Estos datos revelan las discrepancias e incongruencias entre las diferentes fuentes de información en las investigaciones epidemiológicas, circunstancia que nos obliga a insistir, una vez más, en que la información proveniente del niño es siempre irrenunciable en este tipo de estudios, sin que los resultados puedan limitarse en ningún caso a únicamente la información que procede de padres y profesores.

Sintetizamos a continuación la prevalencia de diferentes trastornos de conducta en función del sexo, siguiendo a Anderson y cols. (1987): trastornos por déficit de atención (5,1 jóvenes preadolescentes/1 niña preadolescente); trastornos por oposición (2,2/1); ansiedad de separación (0,4/1); comportamiento agresivo (3,2/1); trastornos por ansiedad excesiva (1,7/1), fobias (0,6/1); trastornos depresivos y distímicos (5,4/1); fobias sociales (0,2/1) y la totalidad de los trastornos (1,8/1).

El “doble diagnóstico” la edad y el sexo

De otro lado, desconocemos si esos síntomas y comportamientos tienen la misma significación clínica en función de otras variables como *la edad*, *el sexo*, *el contexto social* en el que el niño se encuentra, el tipo de familia al que pertenece, etc.

La psicología evolutiva, por el momento, tampoco ha profundizado satisfactoriamente en estos problemas, por lo que difícilmente nos ayudará a resolver tan importante cuestión. Si esos síntomas o comportamientos son detectados mediante pruebas más objetivas, como los tests psicométricos, difícilmente podremos interpretar los resultados que generen, ajustán-

dolos, corrigiéndolos o matizándolos, según las variables antes aludidas. El punto de vista del clínico para esta valoración resulta insustituible.

Pondré un ejemplo concreto. La enuresis es un comportamiento infantil relativamente frecuente que, según Richman et al. (1984), no se manifiesta en el 70% de la población infantil mayor de cuatro años de edad; a la edad de siete años este síntoma solamente aparece en el 5 % de la población infantil, siendo mucho más frecuente en los niños que en las niñas. Según esto, la enuresis puede considerarse como una alteración o no, en función de cuál sea la edad y el sexo del niño. Para algunos autores el control vesical debe establecerse alrededor de los cinco años; otros, en cambio, establecen ese criterio un poco más tarde. Sabemos además que en familias con antecedentes de enuresis, es más frecuente que se manifieste ese comportamiento entre sus descendientes. Si a ello añadimos que la incidencia de enuresis aumenta en función de la inestabilidad familiar y de la separación de los padres. La consideración aislada de un comportamiento como éste puede tener muchas "lecturas" clínicas y muy diferentes significados, quizá demasiados. De otro lado, la enuresis puede constituir un monosíntoma o aparecer asociada a otras muchas dificultades. De aquí que haya autores que la diagnostiquen como un simple trastorno de conducta, mientras que otros la valoran como un síntoma de depresión, de ansiedad, o de mera enuresis funcional.

No, a lo que se ve, algunos síntomas psicopatológicos infantiles ni tienen una interpretación isomórfica para la clínica, ni son específicos para un determinado diagnóstico. Acaso por todo esto, recientemente, se ha puesto excesivo énfasis en el ámbito de la psicopatología infantil, en el empleo del "doble diagnóstico". En el niño como en el adulto, es cierto que la persona puede padecer, al mismo tiempo, dos o más alteraciones o enfermedades, que deben diagnosticarse de forma independiente y tratarse específicamente. Pero en este caso la duplicidad diagnóstica debe establecerse con toda coherencia y precisión.

Lo que no parece estar tan claro es que se nos autorice a hacer un doble diagnóstico —de seguir con esta tendencia, por qué no podríamos llegar a establecer simultáneamente un triple, cuádruple o más diagnósticos—, cuando tal vez cada uno de esos diagnósticos acaso correspondan a uno o varios síntomas inespecíficos, que han sido reunidos de forma arbitraria, según la creativa espontaneidad interpretativa del clínico, en ese momento.

El "doble diagnóstico" acaso sea conveniente cuando los síntomas que fundamentan a los dos posibles diagnósticos que allí concurren son lo suficientemente versátiles como para hacer de ellos el uso interpretativo que se desee. Pero en ese caso, ¿no sería mejor llamarle a las cosas por su nombre?, ¿no sería más conveniente hablar de síntomas, signos o conductas, y no de diagnósticos?

Desde esta perspectiva, resulta más coherente para la ciencia reconocer honradamente que el niño presenta unas alteraciones que no nos permiten configurarlas como una entidad clínica independiente, en lugar de hablar, con excesiva facilidad la mayoría de las veces, de “doble diagnóstico”. Si continuamos con esta tendencia —y, sobre todo, si llegase a hacer fortuna en la clínica y a ponerse de moda—, tras el doble diagnóstico se esconderían la mayor parte de las veces falsos diagnósticos, es decir, rótulos y etiquetas que con el uso y su puesta en circulación en la sociedad, llegarían a ser aceptados críticamente por muchos, sin que apenas comportasen alguna ventaja clínica. El “doble diagnóstico” no sólo es compatible con la versatilidad sintomatológica y comportamental infantil, de la que venimos hablando, sino también con el insatisfactorio estado de la nosología psicopatológica infantil. Pero sobre todo esto volveremos en el siguiente epígrafe.

El “doble diagnóstico” y las variables socioculturales y étnicas

Pero no todos los comportamientos infantiles varían sólo en función de la edad y el sexo. Hay también *variables socioculturales y étnicas* —que debieran ser estudiadas por la epidemiología transcultural—, que pueden explicar estos diferentes modos de comportarse. Así, por ejemplo, Rutter y col. (1975) encontraron entre niños de 6 años de edad, nacidos en la India y en Londres, que los primeros tenían más dificultades comportamentales para adaptarse a la escuela que los segundos y, sin embargo, no se diferenciaban significativamente esas dos poblaciones, respecto de los trastornos del comportamiento, en el modo en que se conducían en el hogar. Los resultados obtenidos son explicados, según sus investigadores, en función de la diferente experiencia de la vida de los probandos de uno y otro grupo.

Earls y col. (1980), quienes compararon también a niños nacidos en la India con niños nacidos en Inglaterra, encontraron diferencias significativas entre ambas poblaciones, en lo que se refiere a estos trastornos de conducta, en niños de 3 años de edad. Más concretamente los trastornos significativamente más frecuentes en los niños ingleses, respecto de los hindúes, consistieron en llamar excesivamente la atención, ensuciarse y orinarse. Por contra, los trastornos de conducta significativamente más frecuentes entre los niños hindúes fueron hiperactividad, poco apetito, dificultades para irse a la cama, enfados y temores.

Curiosamente entre los niños y las niñas hindúes pudo encontrarse diferencias significativas en su manera de comportarse: entre las *niñas* las conductas más frecuentes fueron despertarse durante la noche, llamar excesivamente la atención, mal genio y dependencia de los padres. Entre los *niños*, en cambio, las conductas que más significativamente se diferenciaron de las niñas fueron las dificultades para irse a la cama, poco apeti-

to, caprichos para comer, hiperactividad, dificultad para controlarse y orinarse en la cama.

Las diferencias encontradas entre uno y otro grupos, según el *sexo*, son aquí muy difíciles de interpretar, puesto que sería excesivo entenderlas como predictores de futuros comportamientos psicopatológicos. Por otra parte, las diferencias encontradas intergrupos podrían entenderse, sencillamente, como indicadores del mayor esfuerzo adaptativo de cada población a su contexto sociocultural de referencia.

Hay también otra posible explicación que justifica los resultados encontrados: los niños hindúes vivían en hogares más pobres y habían sufrido más experiencias de separación de sus padres que los niños ingleses. A pesar de esto, los niños hindúes no mostraban, sin embargo, una tasa más alta de trastornos de conducta que los niños ingleses. Los autores apelan, como explicación justificativa, a otro tipo de variable completamente diferente: al hecho de que las respectivas *madres* trabajasen o no fuera de casa.

Entre las hipótesis explicativas aducidas se ofreció la siguiente: es posible que la madre que trabaja fuera de casa, por disponer de menos tiempo, educa peor a sus hijos. Esto sería especialmente significativo en aquellas *culturas*, como la hindú, en las que las madres tienen un papel relevante e insustituible en la educación de los hijos. Pero ni siquiera esta explicación es tan sencilla y lineal como a primera vista parece.

Podría suceder también, que las madres que trabajan fuera de casa fuesen aquellas precisamente que tienen un mayor nivel cultural, por lo que aunque permanezcan menos tiempo en casa, educarían mejor a sus respectivos hijos.

Como puede observarse, no se ha encontrado una explicación satisfactoria para estos hechos. Y eso a pesar de no apelar a otras variables importantes como, por ejemplo, las diferencias étnicas existentes entre uno y otro grupo. Por todo ello el clínico debe ser muy cauteloso y prudente a la hora de interpretar los datos que obtiene, de manera que pueda más fácilmente advertir y corregir los sesgos que tan frecuentemente amenazan la veracidad de los resultados obtenidos en investigaciones como éstas.

El "doble diagnóstico": ¿Dos diagnósticos independientes de una única realidad clínica o dos independientes procesos psicopatológicos que están asociados?

Una última e interesante cuestión en los trastornos de conducta reside en si cada trastorno se presenta de *forma independiente o asociado* a otros trastornos.

Anderson y col. (1987) han sometido a prueba los criterios diagnósticos del DSM-III para el estudio de la prevalencia de los trastornos de con-

ducta, en una muestra de 722 niños y niñas de 11 años de edad. La prevalencia de estos trastornos fue de 17,6%, con una distribución en función del sexo (niños/niñas) de 1,7/1. Curiosamente, en el 45% de los casos estos trastornos se presentaron de forma combinada y en el 45% de los niños restantes sólo se manifestó uno solo de estos trastornos.

Las cuatro principales alteraciones más frecuentemente encontradas fueron los trastornos de conducta por reacciones de oposición (75), trastornos por fobias y ansiedad (59), trastornos por déficit de atención (53) y trastornos depresivos y distímicos (14). Es preciso hacer notar que los anteriores trastornos solo se presentaron *independientemente* en 37, 36, 24 y 2 casos, respectivamente.

En 19 probandos los 4 trastornos antes aludidos aparecieron *simultáneamente*. De continuar con la costumbre introducida por el “doble diagnóstico”, en estos 19 probandos hubiera sido forzado hablar de un “diagnóstico cuádruple”. Según los datos comunicados por Anderson, hubiera sido posible realizar un “diagnóstico triple” en 9 casos, y un “doble diagnóstico” en otros 20 probandos.

¿En favor o en contra de la multiplicidad diagnóstica simultánea?

Ya se advierte que de admitirse la multiplicidad diagnóstica, no mejora con ello ni la sensibilidad de los instrumentos de evaluación de que hoy disponemos, ni la especificidad de los criterios clínicos de que hoy nos servimos.

El diagnóstico múltiple contribuye así al enmascaramiento de las diversas entidades clínicas, transformando los síntomas y las conductas en datos homomórficos al servicio de la entidad clínica que, en cada instante, más convenga a los especialistas.

Los datos mencionados líneas atrás ponen de manifiesto de una forma reiterada que el diagnóstico de “trastornos de conducta” no puede considerarse como una entidad clínica en sí misma considerada, sino más bien como una entidad encubridora que de continuar admitiéndose —como hasta ahora se ha venido haciendo—, necesariamente ha de contribuir al oscurecimiento y la confusión nosológica y diagnóstica en psicopatología infantil.

Este reto —en el que tanto ha de jugarse la futura psicopatología infantil, como disciplina científica—, es preciso que sea aceptado con urgencia y con audacia por las futuras investigaciones clínicas y epidemiológicas, tanto por lo que supone respecto de su contribución a establecer criterios nosológicos más robustos, como por lo que significa para el alcance explicativo de la clínica y de la epidemiología.

Es un hecho que la naturaleza misma de lo que pueda llegar a ser la clínica de los trastornos psicopatológicos en la infancia está en juego, en función de que se diluciden o no éstas y otras cuestiones nosológicas. Esperamos que el futuro nos dé o no la razón —pero resuelva definitivamente este nudo gordiano— respecto de las hipótesis aquí vertidas, que tal vez podrían ser calificadas por algún desaprensivo como meras conjeturas antinosológicas.

Bibliografía

- AMAN, M. G., SINGH, N., STEWART, A. W., & FIELD, C. J. (1985).- The Aberrant Behavior Checklist: A behavior rating scale for the assessment of treatment effects. *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 485-491.
- ANDERSON, J. C., WILLIAMS, S. H., McGEI, R. y SIL VA, P. A. (1987).- DSM-III Disorders in Preadolescent Children. Prevalence in a Large Sample From the General Population. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44, 69-76.
- BERNSTEIN, G. A. (1991).- Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinic sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 30 (1), 43-50.
- COLE, D. A., & CARPENTIERI, S. (1990).- Social status and the comorbidity of child depression and conduct disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (6), 748-757.
- COSTELLO, A. (1982).- Assessment and diagnosis of psychopathology. In J. L. Matson & R. P. Barrett (Eds.), *Psychopathology in the mentally retarded*. Nueva York: Grune & Stratton.
- CULLINAN, D., EPSTEIN, M. H., DEMBISKI, R. J. (1979).- Behavior problems of educationally handicapped and normal pupils. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 7, 495-502.
- CULLINAN, D., EPSTEIN, M. H., MATSON, J.L., & ROSEMIER, R. A. (1984).- Behavior problems of mentally retarded and nonretarded adolescents pupils. *School Psychology Review*, 13, 381-384.
- DeKREY, S. J., & EHLI, S. W. (1981).- Factor/cluster classification of profiles from Personality Inventory for Children in a school setting. *Psychological Report*, 48, 843-846.
- EARLS, F. y RICHMAN, N. (1980).- The prevalence of behavior problems in three-year-old children of West Indian-born parents. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 20, 99-107.
- FRAME, C., MATSON, J. L., SONIS, W. A., FIALKOV, M. J., & KAZDIN, A. E. (1982).- Behavioral treatment of depression in a prepuberal child. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 239-243.
- GREEN, W. H., CAMPBELL, M., HARDESTY, A. S., GREGA, D. M., PADRON-GAYOL, M., SHELL, J., & ERLLENMEYER-KIMLING, L. (1984).- A comparison of schizophrenic and autistic children. *Journal of de American Academy of Child Psychiatry*, 27, 19-26.

- HAROCOPOS, D., & KELSTRUP, A. (1978).- Psychotic behavior in children under the institutions for the mentally retarded in Denmark. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8,1-12.
- JACOBSON, J. W. (1982). Problem behavior and psychiatric impairment within a developmentally disabled population: 1. Behavior frequency. *Applied Research in Mental Retardation*, 3 (2), 121-139.
- KAZDIN, A. E., MATSON, J. L., & SENATORE, V. (1983).- Assessment of depression in mentally retarded adults. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1040-1043.
- KOLVIN, I., HUMPHREY, M.M & Mc NAY, A. (1971).- Studies in the Childhood psychosis: VI. Cognitive factors in childhood psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 118, 115- 119.
- KOTSPOULOS, S. (1989).- Phenomenology of anxiety and depressive disorders in children and adolescents. *The Psychiatry Clinics of North America*, 12 (4), 803-814.
- KOVACS, M. & MARSH, J. (1988).- Diagnoses of depressive disorders in childhood. (Diagnose von depressiven Zustände in der Kindheit). In H. J. Friebe & G. E. Trott (Eds.), *Depression in kindheit and Jugend*. Berlin:Verlag Hans Huber.
- KOVACS, M., GATSONIS, C., PAULAUSKAS, S. L., & RICHARDS, C. (1989).- Depressive disorders in childhood: IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46, 776-782.
- LAMBERT, N., WINDMILLER, M., THARINGER, D., & COLE, L. (1981).- *AAMD Behavior Scale, School Edition*. Washington, D.C.: American Association on Mental Deficiency.
- MATSON, J. L. y FRAME, C. (1983).- Psychopatología. In J. L. Matson & S. E. Bruening (Eds.), *Assessing the mentally retarded* (pp. 115-142). Nueva York: Grune & Stratton.
- MATSON, J. L., BARRKLL, R. P., & HELSEL, W. J. (1988).- Depression in Mentally Retarded Children. *Research in Developmental Disabilities*, 9, 39.
- MATSON, J. L., EPSTEIN, M. H., & CULLINAN, D. (1984).- A factoranalytic study of the Quay-Peterson scale with mentally retarded adolescents. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 19, 150-154.
- MENOLASCINO, F., & SWANSON, D. (1982).- Emotional disorders in the mentally retarded. *British Journal of Mental Subnormality*, 28, 46-55.
- NIHIRA, K., FOSTER, R., STELLHAAS, M. & LELAND, H. (1974).- *AAMD adaptive behavior scale*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- PAPATHEOPHILOU, R., BADA, K., MICHELOYIANNAKIS, I. MAKARONIS, G. y PATELAKIS, S. (1981).- Psychiatric Disorders in 6-to 8-year-old Children in the Grea ter Athens Area. *Bibthca. Psychiat.*, 160 92-100.
- POLAINO-LORENTE, A. (1981).- *Introducción al estudio científico del autismo infantil*. Madrid, Alhambra.
- PUIG-ANTICH, J. (1982).- Major depression and conduct disorder in prepuberty. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21 (2),

- REYNOLDS, W. M., & COATS, K. I. (1986).- A comparison of cognitive behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 653-660.
- REYNOLDS, W. M., ANDERSON, G. & BARTELL, W. (1986).- Measuring depression in children: A multimethod assessment investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 513-526.
- RUTTER, M. (1989).- Child Psychiatric disorders in ICD-10. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 30 (4), 499-513.
- RUTTER, M., TIZARD, J., YULE, M., GRAHAM, P., & WHITMORE, K. (1976).- Isle of Wight studies: 1964-1974. *Psychological Medicine*, 7.
- SOVNER, R., & HURLEY, A. D. (1983).- Do the mentally retarded suffer from affective illness? *American Journal of Psychiatry*, 40, 61-67.
- WING, L. y GOULD, J. (1978).- Systematic recoding of behaviors and skills of retarded and psychotic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8, 79-97.

Resumen

Si bien hay una gran evidencia de la validez del concepto de retraso mental, no obstante, resulta paradójico que se haya levantado tanta controversia con respecto al concepto de doble diagnóstico. Este trabajo proporciona una breve revisión del desarrollo del concepto de doble diagnóstico con respecto a la deficiencia mental. En él se describen los conceptos de autismo, trastornos de conducta y depresión en relación al retraso mental. El artículo termina con una breve discusión entorno a los aspectos críticos del doble diagnóstico en relación al retraso mental.

Palabras claves

Doble diagnóstico, retraso mental, autismo, trastornos de conducta, depresión.

Abstract

Although a substantial body of evidence now supports the validity of mental retardation as a diagnostic concept, it is somewhat paradoxical that considerable controversy has surrounded the development of "diagnostic double". The present paper provides a brief review of development of "diagnostic double" in mental retardation. It describes the concepts of autism, conduct disorders, depression, etc. in relation with the mental retardation. The paper concludes with a short discussion of critical diagnostic issues about the mental retardation and "diagnostic double".

Keywords

Diagnostic double, mental retardation, autism, conduct disorders, depression.