



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

# **Manifestaciones clínicas diferenciales en el adulto y en el niño: La importancia del seguimiento en psicopatología infantil**

A. Polaino-Lorente

*Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense. Madrid*

## **Introducción**

Hace ahora casi treinta años que Van Den Berg publicó un libro en holandés con el título de "Metabletica of Leer der Veranderingen", libro que más tarde se tradujo al castellano con el título de "Metablética o Teoría de las Modificaciones" (1963).

En aquella publicación, el Profesor de la Universidad de Leiden planteaba frontalmente la necesidad de abordar con rigor científico una teoría acerca del cambio. Obviamente, Van Den Berg no se refería allí solamente al cambio clínico, sino que afrontaba el problema del cambio psicológico en un marco evolutivo, antropológico y biográfico mucho más amplios.

He querido apelar a este clásico para introducir mi comunicación en homenaje del profesor Sarró, en el contexto que aquí nos reúne de celebrar ahora medio siglo de psiquiatría en España. Antes de seguir adelante, quiero agradecer al profesor Sarró y a todos cuantos, presentes o ausentes, conocidos o ignorados, con relevancia social u ocultamente contribuyeron a implantar la

psiquiatría como disciplina científica en España, haciendo posible su florecimiento y cultivo por nuevos profesionales de las jóvenes y no tan jóvenes generaciones, a las que el autor de estas líneas se siente más vinculado.

### **Un poco de historia: "La psicosis única"**

El valor significativo del "síntoma" ni puede ser objetivamente evaluado, ni permite siempre la necesaria referencia etiológica o patogénica, ya que son pocas las entidades psiquiátricas con una etiopatogenia rigurosamente determinada y bien definida. Es cierto que cuando se diagnostica a un enfermo, en cierto modo le clasificamos; aunque estrictamente hablando esa clasificación se refiere más a la enfermedad padecida por el enfermo que al mismo enfermo. La acción de clasificar la enfermedad en una categoría nosológica supone establecer unas relativas referencias entre el padecimiento que sufre el enfermo y un modelo predeterminado acerca de lo que es y significa aquella enfermedad, modelo que forzosamente ha de estar relativizado hasta que no sea verificado o no reciba la necesaria confirmación patogénica.

Pero si la noción del síntoma aparece en Psiquiatría, como particularmente equívoca, ¿en qué medida el síntoma puede orientar hacia una determinada enfermedad, cuando los modelos clínicos varían de un observador a otro, de un país a otro, y cuando la misma noción de "enfermedad mental" está puesta en duda por tantos?

En Psiquiatría el síntoma no puede tener la misma función que en Medicina interna, al menos en el único sentido de remitir a ciertas entidades nosológicas que tal vez constituyen las hipótesis patogénicas, que precisamente se pretenden demostrar.

Las actitudes respecto del diagnóstico psiquiátrico variaron mucho, tiempo atrás, de unos a otros autores. De una parte, autores como Szasz opinan que la enfermedad mental no existe porque el concepto de "enfermedad" no puede ser aplicado a un individuo que posee tan diferentes formas de ajuste, admitiendo, no obstante, que sólo debe de mantenerse el concepto de adaptación. De otra, Menninger, el gran defensor del concepto unitario, opina que las nosologías actuales y las nomenclaturas diagnósticas no sólo son inútiles sino restrictivas y obstructivas.

Pero basta con recordar la historia de la psiquiatría para reconocer que hasta finales del siglo XVIII no se conocen intentos serios de clasificar las enfermedades mentales, pues estas eran someramente conocidas y su interpretación patogénica todavía estaba muy impregnada de conceptos filosóficos y teológicos, unas veces, y otras, de un fisicalismo topológico que culminó en la ya olvidada frenología de Gall.

En la actualidad hay que admitir que la sintomatología psicopatológica continúa siendo fugaz y huidiza, además de ambigua, aunque menos que en las décadas anteriores; la etiología resulta oscura y aún desconocida, pero algo hemos avanzado; la anatomía patológica, en cambio, apenas si aporta otra cosa que desilusiones. Pero no finaliza aquí, venturosamente, el haz de los recursos con que hoy contamos. También éstos se han multiplicado —me refiero de un

modo especial a las pruebas bioquímicas y, sobre todo, a las exploraciones neuropsicológicas—, y además, con la ventaja de no ser intrusivas ni molestas para el paciente.

Pero volvamos a las tres etapas o periodos en que puede descomponerse para su estudio la historia de la nosología psiquiátrica. En el primer periodo (teoría de la psicosis única), la cuestión de la multiplicidad de los cuadros psicopatológicos en Psiquiatría fue resuelta de una manera demasiado sencilla, afirmando que no había unidades nosológicas en psicopatología. Se creyó y se aceptó que solamente había una clase de locura con diferentes configuraciones, de las que dependían las diversas maneras en que aquella se presentaba. Aunque la expresión “psicosis única” ha sido modernamente resucitada, su época hegemónica abarca los tres primeros cuartos del siglo XIX.

En opinión de Llopis (1961), fue V. Chiarugi (1759-1820) el primero en defender el criterio de psicosis única, según el cual la enfermedad mental estaría constituida por la sucesión de estados psíquicos diferentes. De esta manera la melancolía, la manía y la demencia, constituirían tres formas diferentes de expresarse la locura, que se mezclarían entre sí, se sucederían o unas engendrarían a otras.

Esquirol (1772-1840), viene a precisar que la locura es un síndrome básico o fundamnetal del cual dependen otros síndromes subordinados. Pese a haber sido criticado, principalmente por Guiraud, por incurrir en un criterio nosológico excesivamente numeroso, el discípulo de Pinel establece la distinción entre la entidad nosológica (locura) y sus formas de manifestarse.

Este concepto unitario de la enfermedad mental es recogido en Bélgica por Guislain, de donde pasa luego a Alemania expresándose de forma más precisa tras las formulaciones de Zeller, Griesinger, Neumann y Arndt. Guislain (1797-1860), se siente partidario del denominado criterio de las transformaciones sucesivas de las enfermedades mentales, que él denomina *frenalgia*. Denomina la enfermedad mental con el término de melancolía afectiva y postula que a través de ciertas transformaciones —unas veces rápida o instantánea y otras de forma lenta— se llega al establecimiento de unos desórdenes localizados o bien a la demencia.

Con Zeller (1804-1877) la melancolía es considerada como la forma fundamental de las enfermedades mentales, sólo que a través de empeoramientos sucesivos se llega a la manía, la paranoia y la demencia; es decir, que sólo hay un único proceso patológico fundamental que sería el que determinaría las diferentes manifestaciones que caracterizan a los diversos cuadros clínicos.

Griesinger (1817-1868), establece dos grandes formas de trastornos psíquicos, las perturbaciones afectivas y las perturbaciones del pensamiento y la voluntad, y puntualiza que las primeras preceden en la mayor parte de los casos a las segundas. En las perturbaciones afectivas incluye la melancolía, la manía y la confusión, mientras que la paranoia y la demencia constituyen los determinantes de la segunda forma. Respecto a la paranoia hay que indicar que posteriormente Griesenger aceptó la posibilidad de una forma de paranoia primera con que se distancia en gran parte de su primitivo pensamiento. Neumann (1814-1864) sostiene, como la mayor parte de sus predecesores, que la locura no tiene distintas formas pero sí estadios diferentes, y establece la distin-

ción entre síntoma, síndrome y factor causal. Para el último autor citado, en la enfermedad mental hay unas manifestaciones sintomáticas aisladas que llaman elementos; dichos elementos se agrupan en forma de complejos de manifestaciones (estadíos), a los que se sumaría los factores causales (procesos), de forma que la locura sería el resultado de la afectación de las funciones psíquicas por el proceso patológico.

Arndt (1835-1900), agrupa todas las enfermedades mentales en un único ciclo, que comienza por una fase neurasténica o melancolía, sigue con una fase maníaca y finaliza en un estado de estupor que puede conducir a la curación o a la demencia: es la *vesania típica*. La manera en que se pasaría de una forma a otra, la explica Arndt apelando a la ley biológica fundamental de Pflüger, según la cual los estímulos débiles activan la vida, los de intensidad media la aceleran y los de intensidad máxima la inhiben y hasta puede llegar a paralizarla. Es a partir de este momento cuando se produce un resquebrajamiento del concepto de psicosis única.

Hoffman y Snell, recogiendo la idea lanzada por Griesinger de la existencia de una paranoia primaria, tienden a aislar esta entidad, lo que luego sirvió a Sander para establecerla como forma originaria y a Westphal para hacer su clásica descripción de esta enfermedad, como una entidad clínica diferente.

Desde un punto de vista más amplio, Kahlbaum rompe con los criterios anteriormente establecidos y da entrada, con su clasificación de las enfermedades mentales, a lo que constituye el segundo periodo de la nosología psiquiátrica. Aunque el citado autor admite como núcleo fundamental la *vesania típica*, en la que incluye los cuatro estadíos tradicionales del periodo anterior de melancolía, manía, estupor y demencia, señala también la existencia de dos *vesanias típicas*, aunque incompletas, a las que faltarían respectivamente el estado maníaco y el estado melancólico. Cita además dos entidades nosológicas que todavía hoy resuenan en psiquiatría: la *vesania progresiva* y la *vesania catatónica*. Pese a continuar aceptando la total inespecificidad de los síntomas psíquicos (*vesania típica*), recoge las ideas formuladas por Neumann, haciendo una distinción entre formas patológicas (enfermedades), formas habituales (síndromes) y formas elementales (síntomas). Con ello, sostiene que una misma enfermedad puede mostrarse, en momentos diferentes de su curso, con manifestaciones exteriores distintas, a la vez que bajo una única manifestación exterior se puedan ocultar diferentes enfermedades.

Emil Kraepelin (1856-1926), siguiendo la tendencia nosológica iniciada por Kahlbaum, establece una clasificación de las enfermedades mentales según el principio básico de las relaciones específicas entre causas de enfermedad y síntomas psíquicos. Cada enfermedad mental tendría, pues, su propia sintomatología psíquica.

La porción más relevante de la obra de Kraepelin —y, sin duda alguna, por la que ha pasado a la historia— se sintetiza en el desarrollo progresivo de una nosología psiquiátrica basada en este principio. Sin embargo, el mismo Kraepelin pronto reconoció que la tesis era insuficiente, y acabó por abandonarla.

Más tarde, Kleist (1947), con su clasificación; Bumke (1877-1950), con sus tipos; Bonhoeffer (1935) con sus tipos de reacción exógena; C. Schneider (1942), con su conjunto de síntomas; y las clasificaciones de K. Schneider (1952),

Jaspers (1913), Willmans (1940) y otros, produjeron unas ciertas fisuras en la clasificación Kraepeliniana, que tal vez hicieron ceder para siempre el relevante puesto que esta clasificación había ocupado en la clínica, durante tanto tiempo, sin que en la hora presente haya cesado la vieja polémica o se hayan acallado las voces de los numerosos alumnos de la escuela neokraepeliniana.

Kleist insiste en la necesidad de clasificar de forma unitaria las enfermedades neurológicas y psiquiátricas, ordenando estas últimas según las causas y según las diferentes etapas de la vida. El poliformismo y la multiplicidad de los fenómenos psicopatológicos, y la dificultad para encontrar un factor causal que dé razón de los síntomas psiquiátricos, dió lugar desde el comienzo de la sistemática kraepeliniana, a que apareciesen posturas en contra de la idea unitaria de las enfermedades mentales.

Hoche fue el primero que quiso sustituir las unidades de enfermedad por una teoría sindrómica. La idea básica de esta teoría consistía en que en el sistema nervioso están preformados y dispuestos determinados acoplamientos de procesos elementales psíquicos, siempre preparados a orientarse de nuevo; es decir, complejos sintomáticos interdependientes que podrían ser movilizados por las causas más diversas. Esta idea elementalista que en principio no fue acogida muy favorablemente, constituía además, un duro ataque al sistema kraepeliniano, hasta el punto de que el propio Kraepelin, en 1920, llegó a poner en entredicho su propio sistema de clasificación, afirmando lo esencial de la teoría de Hoche y mostrándose muy cauto respecto a la aceptación o no de que hubieran perturbaciones psíquicas típicas de un determinado proceso de enfermedad.

Con ideas similares a Hoche, Carl Schneider trata de reducir la multiplicidad de fenómenos psicopatológicos a ciertos complejos sintomáticos independientes. Con él se profundiza y se generaliza, a partir de 1940, *la teoría de los síndromes*, lo que llega a producir en las clínicas psiquiátricas un desinterés por el establecimiento del diagnóstico clínico en el sentido clásico que éste tenía.

Precisamente por esto —y también por el fracaso en la búsqueda de bases somáticas que puedan justificar los cuadros clínicos de las psicosis endógenas—, unido a la falta de especificidad de los síndromes típicos en las psicosis de base corporal, se produce un nuevo florecimiento de la teoría de la psicosis única.

La tesis está ya anteriormente expuesta: el ser humano responde de forma inespecífica a las más diversas noxas, siguiendo un mecanismo unitario que se va desplegando en transiciones insensibles y que responden a diversos grados de intensidad del único trastorno fundamental. Los representantes más cualificados de este nuevo florecimiento de la teoría de las psicosis únicas, son, entre otros, Henri Ey, Conrad, Janzank y Menninger y Llopis, entre nosotros.

Estos autores propugnan el criterio básico anteriormente aludido y únicamente se diferencian en la forma con que llegan a establecer el trastorno fundamental. Así, por ejemplo, para Ey se trata esencialmente de un problema de desestructuración, mientras para Conrad es consecuencia de una alteración conformativa; en Janzarick la clave está en una alteración de la dinámica psíquica y para Menninger en la desintegración de la personalidad. De todas formas, la teoría de los síndromes constituye una corriente nosológica de gran importancia durante varias décadas.

Por otra parte, algunos afirman que los diagnósticos son meros rótulos, meras etiquetas, con las que el médico clasifica el proceso extraordinariamente proteíco de las enfermedades, a la vez que introduce al individuo en un cajón de sastre, pasando a ser "un caso más", que viene a engrosar su estadística. Desde este punto de vista, el diagnóstico tendría la misión de infundir seguridad al médico, que poniendo entre paréntesis la riqueza del acontecimiento patológico, se atrinchera contra su riqueza y ambigüedad a través del parapeto de los diagnósticos.

Rudolf Gross (1969), ha afirmado recientemente que "nuestros diagnósticos se convierten así en compromisos que surgen de la existencia de tipificar y de individualizar; en ningún otro lugar la parcialidad y la petulancia alcanzan límites tan funestos como en el diagnóstico médico. Los diagnósticos son hechos que frecuentemente no se ven con claridad". Desde este punto de vista la actividad diagnóstica no sería una actividad estrictamente científica, sino más bien el juego de etiquetas elegido por el médico para autoafirmarse sobre sus dudas clínicas.

Otro factor que ha venido a empalidecer la significación de los diagnósticos clínicos, ha sido la introducción de los ordenadores en los medios sanitarios institucionalizados. El diagnóstico en ese caso continúa realizándolo el médico, sólo que ayudándose de la lectura de los numerosos datos almacenados en el ordenador. El diagnóstico recibiría así una mayor confirmación, fiabilidad y validez, una vez que ha sido apoyado en los perfiles patológicos objetivos, cuantificados y aritmetizables suministrados por el ordenador.

Se afirma que aunque los ordenadores supongan una aportación valiosa al quehacer médico, jamás su ayuda será tanta que sustituya la labor del médico. Y es que la computarización de la sintomatología clínica, de las pruebas analíticas y de las restantes informaciones procedentes de las exploraciones realizadas, ocupan el lugar que en justicia le pertenece: el de ser un medio valioso de ayuda —incluso imprescindible en algunos casos—, más que un fin en si mismo.

Los autores que defienden la supresión de los diagnósticos clínicos en favor de los perfiles computarizados, argumentan la imposibilidad de hacer un diagnóstico ya que, como enjuiciamiento del paciente, precisa de un conjunto de conocimientos actuados en ese momento, que por otra parte están continuamente cambiando.

Algunos clínicos recurren también a Wittgenstein (1967), reduciendo el concepto de diagnóstico a un mero juego de lenguaje.

"El diagnóstico —dicen— vendría a encubrir la enfermedad, lo que supone renunciar al conocimiento objetivo y exacto que la cibernética aplicada a la clínica nos ha ganado".

### **Pros y contras del diagnóstico clínico**

Otros autores esgrimen el carácter metablétrico de la enfermedad para evidenciar la ineficacia del esfuerzo de hacer un diagnóstico clínico.

Se afirma, y no sin razón, que toda afectación patológica supone un proceso sometido a variaciones imprevisibles, no sólo de un individuo a otro, sino incluso en un mismo individuo.

La psiquiatría conoce bien algo de este carácter metablétrico de la enfermedad mental. En unos casos, espontáneamente, un proceso se muda en otro. En otros, ese transformismo de la patología no es independiente de la medicación, bien porque el curso de la enfermedad —¡por motivos todavía no conocidos!— o bien porque al neutralizar la sintomatología dominante de un cuadro calificado en un principio como lo nuclear y primario de ese padecimiento, más tarde deja manifestarse una segunda entidad patológica —en ocasiones todavía más importante y que estaba encubierta por la sintomatología primaria—, antes de ser removida a causa de los fármacos.

Finalmente, otros autores invocan —haciendo una interpretación radicalizada de lo que ostensiblemente es una verdad irrefutable— la proposición una clásica de que “no hay enfermedades sino enfermos”.

Esta afirmación rotunda que continúa siendo cierta —escriben otros— apunta más al modo en que se han de establecer las relaciones entre el médico y el paciente —punto de vista propiciado por la aproximación desde la psicósomática—, que a desautorizar la eficacia diagnóstica. Si dicha afirmación se lleva al terreno del diagnóstico, interpretándose mal su significado, es decir, si no existe un mínimo común denominador entre los enfermos cuyos padecimientos son análogos —afirman otros—, toda la actividad médica, resultaría impedida, negándose toda posibilidad científica a la medicina. Por todos estos argumentos y contrargumentos, en relación al diagnóstico, se impone una reflexión que al menos intente el esclarecimiento de este problema.

Von Uexkull expresa muy bien en el prólogo de un libro (Braun, 1970) la idealización, la monopolización y la dogmatización, a que están sometidos tanto los diagnósticos como la interpretación de los “datos objetivos” de las enfermedades en el prólogo de un libro (Braun, 1970). Todo lo cual parece ir en contra del aforismo del *Corpus Hippocratum* que afirma que “el médico debe decir lo que era antes, conocer lo que es actualmente y predecir lo que será en el futuro”, aforismo que todavía está vigente en la actualidad.

De otra parte, hay autores que siguen aferrados a sólo la eficacia diagnóstica, cuando como escribe Curtius (1968), “¿qué importa que la medicina avance? En cada enfermo en particular y valiéndose de signos particulares, siempre habrá que diagnosticar su enfermedad en particular y luego efectuar el tratamiento con ayuda de un especial medio de curación y con método especial”.

El marco conceptual del diagnóstico evidencia la infecundidad del pensamiento circular, estudiado por Frey (1970). En oposición al pensamiento lineal que busca en un mismo hecho lo antecedente y lo consecuente, el pensamiento tiene una forma circular en algunos de los clínicos. En ocasiones, la empírica clínica se desliza por esta circularidad, yendo desde las hipótesis diagnósticas a los resultados terapéuticos, sin apenas lograr verificar unas u otras.

Desde que Sydenham describió por primera vez las enfermedades, como un cuadro general típico en el que todos los síntomas ocupaban su emplazamiento exacto, la medicina entera cambió de signo. En lo sucesivo, el clínico no se perdería ya en destinar su atención a los hombres enfermos en los que estaba salvaguardada la condición de la individualidad, a costa de dejar definitivamente en el anonimato la enfermedad que padecían.

La introducción en la clínica de este cambio epistemológico, en un primer



momento apenas si tuvo alguna que otra consecuencia; pero más adelante, tanto se radicalizó la atención prestada por los clínicos al diagnóstico de las enfermedades, que fue preciso volver a recordar, la individualidad, es decir, la subjetividad del enfermo. En este sentido, tenía razón R.N. Braun (1970), al afirmar que diagnóstico es "la concluyente subordinación científica del resultado de una consulta a un concepto de enfermedad". Se había olvidado que el diagnóstico es solo un momento en la evolución conceptual de la enfermedad, sometida a infinidad de cambios.

M. Balint (1957) y M. Beuse (1967) destacaron, desde perspectivas muy diferentes, el carácter de resultado intermediario de los diagnósticos, un punto de partida —nada más y nada menos— a tener en cuenta en relación con las etapas siguientes del pensamiento y de la actuación. El diagnóstico, como decía Koch, "no puede ser el nombre de una enfermedad y tampoco puede ser el conocimiento de la totalidad de los sucesos patológicos que ocurren en un organismo, porque tal conocimiento no puede existir".

El diagnóstico es como la trayectoria descrita por el trazo de un vector en que los síntomas se van alineando en función de su dominancia y de la importancia que entre ellos tengan las interconexiones sociales, genéticas y etiológicas para, por último, ensamblarse en constelaciones sindrómicas unitarias, cuyo sentido patogenético último puede ser alcanzable. Esto es al menos lo que se sostiene en el modelo médico de las alteraciones psíquicas.

### **La metablética o Teoría de las Modificaciones y la psicopatología infantil**

El problema de construir una teoría que explique el cambio clínico en psicopatología no es nada fácil. Y no lo es por razones muy diversas.

En primer lugar, porque los síntomas que se concitan e integran en los cuadros clínicos psiquiátricos, no siempre permiten un apresamiento objetivador, cuantitativo y suficientemente exacto como sería de desear. Y esto, a pesar del gigantesco esfuerzo nosológico que se ha realizado por la APA, la OMS, y otras instituciones e investigadores en las últimas décadas.

En segundo lugar, porque en un mismo diagnóstico clínico pueden participar unos u otros síntomas —dentro del recortado elenco sintomatológico, previamente establecido, que le define y configura como tal—, cuya comparecencia para la realización de ese diagnóstico no es siempre ni forzosamente obligatoria.

En tercer lugar, porque en el mismo enfermo, a lo largo de su proceso clínico —y en función de los psicofármacos y/o psicoterapias empleadas—, varían mucho y muy frecuentemente dichos síntomas. En otras ocasiones, variables del contexto familiar, social, económico, etc., hacen sentir también su presencia enfatizando unos síntomas, extinguiendo otros, acreciendo algunos y amenujando otros, y modificando siempre, con mayor o menor eficacia la presencia, frecuencia, duración e intensidad de ese elenco sintomatológico que inicialmente fue útil —imprescindible, incluso— para poder llegar a establecerse el pertinente diagnóstico psiquiátrico.

En cuarto lugar, por la sustitución, suplencia o alternancia de los síntomas

psicopatológicos, tal y como se ha puesto de relieve en la psicopatología clásica europea por numerosos autores, refiriéndose a este fenómeno, a nivel sindrómico, con los términos de "Syndrom Wechsell" y "Syndrome Scift".

En quinto lugar, podríamos invocar aquí el mismo hecho de la evolución fásica de algunos trastornos psicopatológicos, algo que hoy podría ser mejor conocido desde el ámbito de los estudios de la cronobiopsicopatología. A esta misma razón podría adscribirse el concepto de "Síndromes de Transición", entendiéndose este concepto en la máxima amplitud de su significado.

En sexto lugar, hay que poner de manifiesto de una forma todavía más relevante todo lo afirmado líneas atrás, cuando se refiere al ámbito de la psicopatología infantil. Son muy numerosas las razones que se agrupan en este ámbito y que hacen todavía más complejo el estudio del cambio psicopatológico en los pacientes infantiles. A modo de resumen, sintetizaré a continuación, muy brevemente, algunas de las peculiaridades que legitiman la versatilidad clínica en psicopatología infantil.

El criterio heterológico en que se funda el diagnóstico en psiquiatría infantil. Al agrupar síntomas clínicos, comportamientos observables, información de los padres, etc., datos muchos de ellos sobre los que recae un sesgo mayor o menor, en función de cuáles sean las fuentes de información que los suministran (Doménech y Polaino, 1989).

6.1. La ausencia de datos evolutivos relativos a la frecuencia de uso de unos u otras conductas, en función de la edad y el sexo. En efecto, a lo largo de las distintas etapas evolutivas infantiles pueden aparecer manifestaciones comportamentales muy variadas, las cuales en unos casos constituyen verdaderos síntomas psicopatológicos —por su infrecuencia en el promedio de la población infantil—, mientras que idénticas conductas en otros periodos evolutivos deben ser consideradas no como síntomas sino como comportamiento normal, dada la frecuencia de su aparición en el promedio de la población de igual edad. Esto último es lo que sucede por ejemplo con la inapetencia a los cinco años de edad, conducta que en esa etapa alcanza una frecuencia de casi el 80% mientras que es completamente infrecuente de los 9 a los 12 años.

6.2. La ambigüedad de las manifestaciones psicológicas en un niño en el que, por estar en pleno desarrollo biológico, tales manifestaciones forzosamente han de resultar oscurecidas, en tanto que también son dependientes del proceso biológico de desarrollo, del proceso cultural que significa el aprendizaje y de la maduración psíquica personal en el contexto familiar y educativo.

6.3. La versatilidad de los síntomas psicopatológicos propiamente dichos, dado que como consecuencia de las razones a las que acabo de aludir, tales manifestaciones no son consistentes ni estables, sino muy variables y cambiantes, en función del sujeto, el contexto, etc.

6.4. La ausencia de definiciones operativas que fijen el significado de cada uno de los síntomas psicopatológicos que son más frecuentes en la infancia. Este hecho se justifica en parte con las razones que hemos ofrecido líneas atrás,

pero en parte también por la ausencia de investigaciones sobre este particular, tanto en el ámbito de la psicología evolutiva, como de la psicopatología infantil. Por otra parte, al ser mejor conocida y estudiada la sintomatología psicopatológica del adulto resulta demasiado fácil para el psiquiatra infantil caer en la "tentación" de estudiar las manifestaciones psicopatológicas infantiles, en función de lo que se conoce en el adulto, como si aquellas fueran modelos analogados de éstas. Desde esta perspectiva considero que no sería injusto ni hilarante —y mucho menos descalificador— juzgar a la actual psiquiatría infantil como una ciencia relativamente adultomórfica.

En séptimo lugar, el cambio clínico se hace mucho más complejo cuando lo estudiamos a lo largo de una trayectoria biográfica personal, es decir, cuando estudiamos la evolución y los cambios de esas manifestaciones psicopatológicas en una misma persona, desde la infancia hasta la vejez.

A lo largo de una dilatada trayectoria biográfica, y ante lo inusitado de los vertiginosos cambios sindrómicos psicopatológicos, es lógico que el psiquiatra se inquiete y hasta opte por instalarse en una cierta posición cercana al escepticismo. En este punto conviene recordar que en el ámbito de la psiquiatría tradicional y clásica predominó durante algunas décadas la hipótesis de la "psicosis única" defendida por ciertos psiquiatras.

En algunos de los psiquiatras antinosológicos es fácil encontrar las "razones" de su actitud antinosológica. No se trata tanto de que militen en un anarquismo diagnóstico, como de manifestar su escepticismo ante lo que ellos denominen con el término de "etiquetado diagnóstico". Tras esas actitudes subyacen muchas veces la vivencia de la perplejidad ante los cambios diagnósticos que, sucesiva o simultáneamente, se manifiestan en un mismo paciente.

En realidad la evolución de la nosología psiquiátrica, es algo de una gran vigencia. Basten los dos botones de muestra que se mencionan a continuación. De una parte, la progresiva tendencia de los psiquiatras infantiles norteamericanos, a partir de esta última década, a usar el "doble diagnóstico" al evaluar a muchos de sus pacientes infantiles. El doble diagnóstico, obviamente, podría ampliarse en otros casos hasta el extremo de hablar de un "triple" o "cuádruple" diagnóstico.

Esto significa que muchas de esas entidades diagnósticas no son incompatibles con otras entidades psicopatológicas que simultáneamente pueda padecer el mismo enfermo. Este es el caso, por ejemplo, de la depresión infantil y del retardo mental, un ejemplo por otra parte muy extendido en la actualidad.

En otras ocasiones la duplicidad diagnóstica lo que encubre no es sino el cambio mismo de un cuadro clínico que a lo largo del tiempo se transforma en otro. En este caso, ambos diagnósticos solo son transitoriamente simultáneos, puesto que para el mismo observador clínico que siga a ese paciente, al inicio de la enfermedad habrá un solo diagnóstico, en la mitad de su evolución optará por el "doble diagnóstico", y al final de la misma se decidirá tal vez por un único diagnóstico, diferente a los dos anteriores.

El otro ejemplo, lógicamente, está representado por los gigantescos trabajos realizados por la APA, un trabajo éste que es desde luego hercúleo, aunque su alcance y eficacia para la clínica —no para la investigación, quede aquí cons-

tancia de ello—, sean en muchas ocasiones un tanto dudosos. Bastaría revisar las críticas que se han venido publicando en estos cuatro últimos años en torno a si el DSM-III-R es mejor o peor, y más desacertado o afortunado que el DSM-III, para percatarnos de que la nosología psiquiátrica está evolucionando muy rápidamente, acaso con demasiada rapidez y no tanta fortuna.

A pesar de las anteriores y numerosas críticas —todavía muy distantes de ser acalladas—, el hecho es que los clínicos cuyas actitudes defienden la “re-vuelta antinosológica”, están llamados a extinguirse. Una cosa es que tengamos que profundizar más en el esclarecimiento diagnóstico en psiquiatría —para hacerlo más riguroso, fino, fiable, contrastable y consistente—, y otra cosa muy distinta que descalifiquemos por completo la sistematización nosológica hoy vigente.

Y un último dato en esta introducción relativa a la necesidad de la metabólica: los diferentes puntos de vista de que parten para el diagnóstico psiquiatras y psicólogos. Para los primeros cualquier proceso patológico debe ser estudiado y analizado hasta que resulte apresado y pueda ser incluido bajo una categoría diagnóstica. En ese caso, se alcanza una entidad clínica que tiene su unidad en lo relativo a la etiología, pronóstico, evolución y respuesta frente al tratamiento. Esta aproximación diagnóstica es conocida con el término de “categorial”, por conceder una gran importancia al hecho de aislar, apresar e identificar una nueva categoría clínica, una nueva realidad diagnóstica.

Por contra, los psicólogos, practican un punto de vista “dimensional”, mucho más ambiguo, aunque también más genérico y universalizador que la perspectiva adoptada por el psiquiatra clínico. En el diagnóstico dimensional lo que se viene a sostener es que hay muchas dimensiones —neuroticismo, extraversión, sugestionabilidad, introversión, etc.—, en las que cada individuo forzosamente puntúa a lo largo de cada una de esas dimensiones. Algunas de ellas serán más cercanas a lo patológico (psicoticismo, neuroticismo, etc.), que otras (introversión, etc.) pero, desde luego, ninguna de esas dimensiones por sí misma debe ser considerada como patológica; en todo caso, sólo aquellas personas que obtienen una puntuación extrema en una de esas dimensiones patológicas, probablemente pudiera calificarse de paciente, aunque la mayoría de los psicólogos clínicos, todavía hoy, prefieren hablar de “conductas por exceso” y “conductas por defecto” —aunque nada dicen acerca del punto crítico que sirven de criterio para diferenciar el exceso del defecto de aquel comportamiento—, como una opción menos lesiva para el paciente que la que se causa a través del etiquetado diagnóstico en psiquiatría.

Esta vieja polémica entre unos y otros está llamada a desaparecer. Entré algunas de las poderosas razones para silenciar esa polémica se encuentran las siguientes: la pujanza indiscutible y el rigor científico de las actuales investigaciones nosológicas; la frecuencia de uso de dichas entidades diagnósticas en los trabajos clínicos y de investigación; y la asunción de la opción dimensional por el acercamiento categorial al diagnóstico.

A pesar de los numerosos cuestionarios, escalas, *check-list*, entrevistas estructuradas, etc., (cfr. a este respecto Robinson y Shaver, 1973; Ki-Taek Chun y col., 1978) propias de acercamiento dimensional, y que sin ninguna duda han sido muy valiosas para el clínico, no obstante, habría que multiplicar indefi-

nidamente el diseño de instrumentos como estos, para poder cubrir el vasto y complejo ámbito de la psicopatología humana.

### **Un secreto a voces: El caso de los cinco enfermos obsesivos**

Envejecer en el mismo trabajo que se comenzó hace ya muchos años, tiene sus inconvenientes, pero también numerosas ventajas, sobre todo si resistiendo a la rutina el avezado profesional gusta de hundirse en la sorpresa ante el misterio de cada enfermo, de cada hombre doliente. A pesar de que se repita una y otra vez y en unos y otros enfermos el mismo diagnóstico clínico, hay siempre algo renovado, algo innovador, algún nuevo hecho emergente, que sea por su intensidad, frecuencia o manifestación fenomenológica acaba por interpelar siempre al clínico no rutinario que a pesar de los años todavía no ha renunciado a aprender de cada uno de los enfermos.

En cualquier consulta psiquiátrica resulta relativamente fácil que el clínico no envejezca solo en su profesión, sino que con él casi siempre suelen envejecer también un buen grupo de enfermos que, en ocasiones, con una gran constancia —a veces durante dos o más décadas— continúan buscando la asistencia del mismo médico.

En las líneas que siguen se expone el caso de cinco pacientes, todos ellos varones, y en la actualidad menores de 25 años de edad, cuyo seguimiento clínico se ha realizado durante más de doce años por el mismo psiquiatra. Esto quiere decir que estos cinco enfermos asistieron por primera vez a la consulta cuando todavía no eran adolescentes. En la actualidad los cinco pacientes han sido diagnosticados con la misma enfermedad: trastorno obsesivo compulsivo (330 del DSM-III). Diez años atrás, dos de ellos fueron diagnosticados de “trastorno por ansiedad excesiva”, otros dos de “trastorno por evitación en la infancia” y uno de trastorno por “tics transitorios” (313,00, 313,21 y 307,21, respectivamente, del DSM-III).

De estos cinco pacientes solamente uno de los que padeció “trastorno por ansiedad excesiva” ha frecuentado ininterrumpidamente la misma consulta durante esa década. Los otros cuatro restantes, en cambio, padecieron de “recaídas” —al menos, así consta en la historia clínica—, en el mismo trastorno en el que inicialmente fueron diagnosticados, durante dos o más veces durante esta década. Sin embargo, todos ellos, disfrutaron de buena salud durante prolongados e intermitentes periodos de tiempo, a lo largo de estos años. Curiosamente, en ninguno de los cinco pacientes anteriores comenzaron a manifestarse los anteriores trastornos obsesivos antes de los dieciséis años de edad; y en tres de ellos por primera vez, más concretamente, después de los diecinueve años de edad.

Obviamente, el estudio retrospectivo de las diferentes historias clínicas pone de manifiesto numerosas diferencias individuales en aquellos pacientes con el mismo diagnóstico, tanto en lo relativo a la sintomatología entonces manifiesta, como en su respuesta al tratamiento medicamentoso. Es cierto, que no podemos conceder demasiada fiabilidad a los estudios retrospectivos por los naturales sesgos que dicho modo de proceder tiene. Por otra parte, no es este

el lugar para una exposición comparativa y rigurosa, tanto sincrónica como diacrónica, del proceso evolutivo y patológico manifestado en estos cinco pacientes, durante un tiempo de seguimiento que fue superior a una década.

En la actualidad, lógicamente, asistimos también a diferencias sintomáticas, comportamentales y reactivas a los psicofármacos que se están empleando; entre estos cinco pacientes. Pero hay que afirmar que esas diferencias son muy superficiales y escasas y corresponden a matizaciones, más bien que a auténticas diferencias estructurales en el ámbito del proceso patológico. Si se comparan las actuales diferencias apreciadas respecto de las manifestaciones clínicas diferenciales al comienzo de los respectivos cuadros patológicos, se llega inevitablemente a la siguiente conclusión: a lo largo del proceso de la enfermedad las diferencias sintomatológicas entre los pacientes casi desaparecen y tanto el actual perfil psicopatológico como la respuesta al tratamiento de todos ellos tiende a hacerse convergente.

El ejemplo que se acaba de exponer aquí, ni es exhaustivo ni tiene la pretensión de ser un estudio riguroso, como el publicado por otros autores (Zeitlin, 1986). Por otra parte, su autor no tiene la intención de llegar en esta comunicación a la demostración de una conclusión irrefutable.

De lo único que se trata aquí es de poner sobre el tapete un hecho tozudo: la versatilidad del diagnóstico clínico en psicopatología infantil, cuando se realizan estudios de seguimiento en los pacientes infantiles.

Este modo de aproximación a la clínica se nos aparece como animado de una gran eficacia. Hay escasos estudios de seguimiento en el ámbito de la psicopatología infantil. Y mientras que esas investigaciones no se realicen, la propia psicopatología infantil continuará siendo infraestimada y con muy escasa capacidad predictiva respecto del futuro comportamiento de los pacientes.

De otra parte, la ignorancia de la psicopatología infantil salpica también y compromete e implica al ámbito de estudio específico de la psiquiatría de adultos, puesto que cuando se diagnostica a un paciente adulto, todavía hoy, ignoramos cuando comenzó aquel proceso que ahora se ha hecho manifiesto, cuál ha sido su estabilidad y consistencia a lo largo de no sabemos cuantos años, así como los factores que han podido condicionar —facilitar o inhibir; retrasar y resistir o acentuar y suscitar— la actual aparición de esa sintomatología florida que es la que *in nuce*, nuclearmente nos sirve ahora para hacer el diagnóstico.

Ciertamente, podríamos también estudiar la psicopatología del adulto, desde un enfoque retrospectivo que nos condujera desde la sintomatología actual a la sintomatología inicial. Pero todos sabemos los difíciles y poco fiables que son las investigaciones retrospectivas. A esas conocidas dificultades se añade en este caso otra: el hecho de que mucha de la sintomatología psicopatológica que aparece en un momento determinado durante la vida adulta, ha pasado inadvertida, durante un largo y prolongado periodo de tiempo; es lo que se suele afirmar en clínica con el eufemismo de que aquella enfermedad cursó subclínicamente, con una sintomatología muda.

No parece sino que mientras que no se hagan estudios de seguimiento en psicopatología clínica infantil, sólo podamos concluir respecto de la evolución de los trastornos que hoy se agrupan y conocen bajo el término de “psicopatología del desarrollo”, aquello de *ignoramus et ignorabimus*.

¿Qué puede contestar el psiquiatra infantil ante los padres angustiados de un niño con un trastorno de ansiedad? ¿Puede dar alguna respuesta que sea fiable respecto de cual será el futuro comportamiento de ese niño? ¿Hasta cuándo debe continuarse la intervención psicofarmacológica en las psicosis infantiles? ¿En función sólo de la remisión sintomatológica o en función de la prevención de recaídas? ¿Contamos con algún procedimiento para prevenir la cronicidad o "malignificación" de los trastornos psicopatológicos infantiles? ¿Convendrá o no pautar e introducir chequeos psicológicos y psiquiátricos a lo largo del desarrollo evolutivo de aquellos niños que ha sido diagnosticados y tratados de algún trastorno psicopatológico precoz? ¿Cuáles serían las actitudes de los niños si se les animara a estos chequeos periódicos, sólo porque en su infancia sufrieron un trastorno psicopatológico de mayor o menor importancia?

No disponemos por el momento de una respuesta puntual y exacta para cada una de las cuestiones antes formuladas. Por otra parte, es necesario evaluar los pros y los contras que necesariamente conllevaría la puesta en marcha de los necesarios estudios de seguimiento, por los que aquí se está abogando. Ya se ve que es preciso realizar más investigaciones antes de tomar decisión alguna.

Algo parecido acontece si nos trasladamos al ámbito de la psicopatología del adulto. También aquí cabe —¡vaya que si cabe!— formular muchas preguntas atinadas. Bastaría con inventariar las numerosas preguntas que cada paciente y/o sus familiares hacen al clínico. Aunque líneas atrás ya nos hemos referido a las dificultades de los estudios retrospectivos en los pacientes adultos, sí que cabe hacer además otro tipo de estudios como, por ejemplo, los relativos a la identificación de los estilos de vida, los hábitos de comportamiento, las conductas de riesgo, los factores resistentes y saludables que previenen de ciertas enfermedades, los marcadores biológicos que pueden llegar a predecir el padecimiento en el futuro de ciertos trastornos, etc.

Sin embargo, ni los estudios de seguimiento longitudinal en el ámbito de la psicopatología infantil ni los estudios retrospectivos contextuales y comportamentales en el ámbito de la psicopatología del adulto son, infortunadamente hoy, una realidad. Habrá que esperar al futuro, en cuyo horizonte los procedimientos aludidos se alzan como robustos e indiscutibles retos.

Así las cosas, por el momento, poco o nada podemos hacer por la metabólica o teoría a propósito del cambio clínico. ¿Habremos de renunciar acaso a lo que se nos presenta como uno de los retos del futuro de la psiquiatría del año dos mil?

### **Una historia reciente en el ámbito de la psicopatología infantil: el "doble diagnóstico" y los "trastornos de conducta"**

Paralelamente a lo que sucedía en la psicopatología del adulto, en el ámbito infantil comenzaron a utilizarse nuevos instrumentos de evaluación, unos dirigidos hacia el propio niño (*Diagnostic Interview Schedule for Children*) y otros dirigidos a padres y profesores (*Rutter Child Scale A y B*); Rutter et al., 1970. De este modo, a través de la multiplicación de las fuentes de información se procuró mejorar la validez y fiabilidad de los resultados obtenidos (Edelbrock et al., 1985).

El empleo de instrumentos como el citado permitió, con cierta facilidad, la inclusión de un inventario de trastornos psicopatológicos infantiles en el DSM-III.

De este modo pudo obtenerse un inventario de criterios clínicos en psicopatología infantil, en el que agrupados en cinco bloques fundamentales (trastornos intelectuales, comportamentales, emocionales, somáticos y del desarrollo), se tipificaban en cuarenta y seis trastornos las principales alteraciones psicopatológicas de la infancia. Aunque tal nosología psicopatológica infantil, obviamente, tenía muchas lagunas y carencias, y dejaba fuera de foco otros muchos cuadros clínicos (que fueron atomizados y dispersados en función de los diferentes agrupamientos sintomáticos relevantes diseñados por la anterior propuesta nosológica), el hecho es que al final podía ofrecerse un buen elenco de criterios, muy útiles para la clínica.

La polémica, sin embargo, no se hizo esperar, especialmente en lo que se refiere a la baja fiabilidad de las categorías diagnósticas establecidas (Werry et al., 1983) y la discutible distribución en subcategorías clínicas realizadas, a pesar de que sus autores se atuvieron para ello a algunos criterios empíricos. No obstante el gran esfuerzo realizado, las polémicas en torno a esta sistematización nosológica emergieron con prontitud y acierto (Rutter et al., 1980; Kashani et al., 1983; McGee et al., 1984 a, b y c; Andersson et al., 1987).

De aquí que tres años más tarde apareciera el DSM-III-R, una revisión, todavía en desarrollo, de la tercera edición del DSM-III, en la que se restringen todavía más las categorías diagnósticas (retardo mental; trastornos del desarrollo evitables y específicos; trastornos alimentarios y tics; trastornos de la eliminación; y otros trastornos en la infancia y la adolescencia). Me temo que la actual revisión está levantando tantas polémicas o más que la nosología establecida por la sistematización anterior.

Se comprenderá fácilmente que las críticas arrecien, si tenemos en cuenta que la localización, sistematización y agrupamiento de los trastornos son harto discutibles, que han disminuido los subtipos de los trastornos como la ansiedad y las formas de autismo que antes se distinguían; que los trastornos comportamentales se sistematizan según criterios que nos parecen insatisfactorios; y que el número y diversidad de trastornos infantiles, no sólo no aumenta en su conjunto, sino que disminuye y se restringe de forma relevante. Paradójicamente, los trastornos del lenguaje, de la lectura, del cálculo, etc., cambian de emplazamiento —en esta nueva edición se agrupan bajo el término de “trastornos específicos del desarrollo”—, sin que se justifique de forma satisfactoria su cambio de lugar. Respecto de los trastornos comportamentales, está todavía por determinar el número de alteraciones que deben comprobarse de las diecisiete que se han inventariado, para que pueda establecerse dicho diagnóstico. Por otra parte, se integran de una manera forzada las estereotipias motoras, la ansiedad por separación, los trastornos relativos a la identidad y los reactivos a las conductas de apego, en un cajón de sastre, especificado como “otros trastornos de la infancia y adolescencia”, cuando hubiera sido mucho mejor, desde mi personal punto de vista, incorporar las estereotipias a los trastornos motores, la ansiedad de separación a los trastornos de ansiedad y los trastornos de identidad a las alteraciones psicosexuales.



Es previsible, pues, que junto a las naturales críticas que pueda desencadenar esta revisión, aparezcan también otras consecuencias más eficaces para el diagnóstico psicopatológico infantil: el establecimiento de una nosología mucho más apropiada para la psiquiatría infantil.

En lo que se refiere al DSM-III, bastaría con comparar los numerosos cuadros clínicos sistematizados y tipificados existentes en la psiquiatría del adulto, con las escasas entidades clínicas —relativamente más ambiguas y peor recortadas—, que se distinguen en la psiquiatría infantil para demostrar, de una vez por todas, que aquellos no se superponen ni coinciden con éstos.

Es lógico que las entidades psicopatológicas relativas al adulto sean más numerosas que las que acontecen en la infancia. Entre otras cosas, porque muchas de aquellas son específicas de determinadas edades y comportamiento ante la vida, o exigen un desarrollo previo del sistema nervioso que no se da en el niño. De otro lado, es también lógico que los signos y síntomas clínicos en la psicopatología del adulto sean más estables, consistentes y homogéneos, de unos casos a otros, que los que aparecen en el niño, en el que por sus circunstancias madurativas y comportamentales y por la variabilidad de los contextos sociales con los que se relaciona y de los que tanto dependen aquellas manifestaciones, toda su sintomatología sea más fácilmente versátil.

Pero a pesar de las diferencias que acabamos de establecer entre unos y otros, resulta difícilmente comprensible como muchos de los trastornos psicopatológicos infantiles, pueden englobarse en una u otra —incluso en varias— entidades clínicas. En otros casos, cuando no se puede hablar de síntomas se reemplaza ese término por el de conducta —desajustada, desadaptada, deficitaria, etc.—, como si pudiera establecerse una puntual equivalencia entre síntomas y conductas. Así las cosas, se diría que en la psicopatología infantil, cada síntoma o cada conducta no sólo es isomórficamente congruente con una determinada entidad clínica, sino que por su versatilidad es equifuncionalmente adecuada a una o varias entidades clínicas al mismo tiempo. Dicho con otras palabras, cada síntoma o comportamiento infantil alterado puede ser adscrito y posteriormente predicado de diversos cuadros clínicos, en función de que se sometan o no, en la mente del evaluador a las necesarias suplencias, transiciones y/o a las más variadas metamorfosis significativas, en función de cuales sean las exigencias de su particular juicio diagnóstico.

Las anteriores afirmaciones lo que desvelan no es solo la polisemia y ambigüedad sintomatológica y comportamental, respecto de los juicios diagnósticos, sino principalmente el escaso desarrollo científico de la psicopatología infantil, desde el punto de vista de la nosología y el diagnóstico.

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 encuentre, el tipo de familia al que pertenezca, 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 estos síntomas o comportamientos son detectados mediante pruebas más objetivas, como los test psicométricos, difícilmente podemos interpretar los resultados que generen, ajustándolos, 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. (1982), 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 cual sea la edad y el sexo del niño. Para algunos autores el control vesical debe establecerse alrededor de los cinco años; otros 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, un único 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 asociado a otras muchas dificultades. De aquí, que haya autores que lo diagnostiquen como un simple trastorno de conducta, mientras que otros lo valoran como un síntoma de depresión, de ansiedad, o de mera enuresis funcional.

No, a lo que se vé, 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 independiente y específicamente diagnosticarse. Pero en este caso la duplicidad diagnóstica debe establecerse con toda coherencia y precisión. Lo que no se nos autoriza es hacer un doble diagnóstico —de seguir con esta tendencia podríamos llegar al triple, cuádruple, etc., diagnósticos, simultáneamente—, cuando cada uno de los dos diagnósticos utilizados corresponden a uno o varios síntomas inespecíficos, que han sido reunidos de forma arbitraria, según la creativa espontaneidad del clínico, en ese momento.

El doble diagnóstico es posible cuando los síntomas que fundamentan a ambos diagnósticos 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? Es decir, 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 de "doble diagnóstico". Si continuamos con esta tendencia —y sobre todo si llegase a ponerse de moda—, tras el doble diagnóstico se esconderían la mayor parte de las veces los falsos diagnósticos, es decir rótulos que a fuerza de usarse o de ponerse en circulación en la sociedad, llegarían a ser aceptados acríticamente por muchos, sin que comportasen ninguna significación clínica. El doble diagnóstico no sólo es compatible con la ver-

satilidad sintomatológica y comportamental, sino también con el insatisfactorio estado de la nosología psicopatológica infantil.

Sintetizamos a continuación, a modo de ejemplo que ilustra lo afirmado líneas arriba, la prevalencia de diferentes trastornos de conducta en función del sexo, siguiendo a Anderson et al., (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).

Una última e interesante cuestión en los trastornos de conducta reside en sí cada trastorno se presenta de forma independiente o asociado a otros trastornos. Anderson et al. (1987) han sometido a prueba los criterios diagnósticos del DSM-III para el estudio de la prevalencia de los trastornos de conducta, en una muestra de 722 niños y niñas de 11 años de edad. La prevalencia de estos trastornos fue del 17,6% con una distribución en función del sexo (niños/niñas) del 1,7/1. Curiosamente, en el 45% estos trastornos se presentaron de forma combinada y en el 45% restante se manifestó un solo trastorno.

Las cuatro principales alteraciones más frecuentemente encontradas fueron 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 curioso que los anteriores trastornos sólo se presentaron independientemente en 37, 36, 24 y 2 casos, respectivamente. En 19 probados los 4 trastornos antes aludidos aparecieron simultáneamente.

De continuar con la costumbre introducida por el "doble diagnóstico", en estos 19 probados hubiera sido forzado hablar de un diagnóstico cuádruple. Según los datos comunicados por Anderson, hubiera sido posible realizar un triple diagnóstico en 9 casos, y "doble diagnóstico" en otros 20 probados.

Ya se advierte que de admitirse la multiplicidad del diagnóstico, no mejora 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 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 obscurecimiento y la confusión nosológica y diagnóstica en psicopatología infantil.

## Bibliografía

1. Anderson JC, Williams SH, McGee R, Silva PA. DSM-III Disorders in Preadolescent Children. Prevalence in a Large Sample From the General Population. Arch Gen Psychiatry. 1987; 44: 69-76.
2. Balint M. Der Arzt, sein Patient und seine Krankheit, Huber Klett, Bern. 1957.

3. Beuse M. Semiotik, Allgemeine Theorie des Zeichen, Agis Verlag, Baden-Baden. 1967.
4. Bonhoeffer K. Der Stand der Sehhügellokalisierung. Mschr Psychiat, 1935; 91: 1.
5. Braun RN: Lehrbuch der arztlichen Allgemein praxis, Urban u. Schwarczwanberg, Munich. 1970.
6. Curtius F. Von medizinischen Denken und Meinen, F Enke Verlag, Stuttgart. 1968.
7. Domenech E, Polaino-Lorente A. Epidemiología de la depresión infantil. Espaxs. Barcelona.
8. Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan MK, Kalas R, Conover NC. Age differences in the reliability of the psychiatric interview of the child. Child Dev, 1985; 56: 265-275.
9. Frey J. Phiposophie und Wissenschaft, Verlag, Kohlhammer, Stuttgart. 1970.
10. Gross R. Medizinische Diagnostik Grundlagen und Praxis, Springer Verlag, Berlín.
11. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie, Berlín. 1913.
12. Kashani J, McGee R, Claryson S, Anderson J, Walton L, Willians S, Silva P, Robins A, Cytryn M, McKnew DH. Depression in a sample of 9-year-old children: prevalence and associated characteristics. Arch Gen Psychiatry, 1983; 40: 1217-1223.
13. Kleist K. Fortschritte der Psychiatrie. Frankfurt a M. 1947.
14. KI-Taek Chun, Cobb S, French JR. Measure for Psychological Assesment. A guide to 3000 Original Sources an their Applications. Survey Research Center. Institue for Social Research. The university of Michigan. Michigan.
15. LLopis B. Sobre la delusión y la paranoia. Archivo de Neurobiología, 1961; 24: 322-60.
16. McGee R, Willians S, Silva P. Behavioral and developmental characteristics of aggressive, hiperactive and aggressive-hyperactive boys. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1984 a; 23: 270-289.
17. McGee R, Willians S, Silva P. Background characteristics of aggressive, hyperactive and aggfresive hyperactive boys. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1984b; 23: 280-284.
18. McGee R, Willians S, Silva P. Behaviour problems in a population of 7-year-old children: Prevalence, stability and types of disorder. J Child Psychol Psychiatry 1984 c; 25: 251-259.
19. Robinson JP, Shaver PR. Measure of social psychological attitudes. Survey Research Center. Institute for Social Research. The university of Michigan. Michigan. 1973.
20. Richman N, Stevenson J, Graham P. Pre-school: a behavioural study. London. Academic Press.
21. Rutter M, Tizard J, Whitmore K. Education Health and Behaviour. Harlow, England. Longman Group Ltd.
22. Rutter M, Shaffer D. DSM-III: A steop forward or back in the classification of child psychiatric disorders. J Am Acad Adolesc Psychiatry, 1980; 3: 371-394.
23. Schneider C: Die Schizophrenen Symptomenverbände. Springer. Berlín. 1942.
24. Schneider K. Psychiatrie Heute, Stuttgart. 1952.
25. Van Der Berg JH. Metablética o teoría de las Modificaciones. Ed Carlos Lohle. 1963.
26. Werry JS, Metheven RJ, Fitzpatrick J, Dixon H. The interreter reliability of DSM-III in children. J Abnorm Child Psychol. 1983; 11: 341-354.
27. Willians K. Das Vagabudentum in Deutschland. Z. F. Nur. 1940; 168.
28. Wittgenstein L. Philosophische Intersuchungen, Verlag Suhrkamp, Frankfurt.
29. Zeitlin H. The Natural History of Psychiatric Disorder in Children. Oxford University Press. Nueva York.