

ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE LA CLASIFICACION DEL RETARDO MENTAL EN LOS ESTADOS UNIDOS ¹

Dres. George Tarjan ² y Leon Eisenberg ³

El diagnóstico del retardo mental en los Estados Unidos tiene en cuenta dos dimensiones: a) la clasificación médica y b) la gravedad del retardo. Ambas asignan a la causación una función primaria en sus definiciones de los síndromes y usan los de carácter descriptivo sólo cuando se desconoce la etiología.

Clasificación

El sistema de clasificación del retardo mental generalmente más utilizado en los Estados Unidos es el del *Manual on terminology and classification in mental retardation* de la Asociación Americana de Deficiencia Mental (AADM) (1). Esta categorización de los diagnósticos médicos es similar a la del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (segunda edición), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (AAP) (2). Ambos manuales definen el retardo mental de un modo similar: "El retardo mental es el funcionamiento intelectual general inferior al medio que se origina durante el período de desarrollo y que está asociado con la disminución del comportamiento adaptativo". La definición de la AAP sustituye la frase "retardo del comportamiento adaptativo" por "retardo del aprendizaje y el ajuste social o la maduración, o ambos". Primero se analizarán brevemente los parámetros de

clasificación del retardo mental comúnmente usados en los Estados Unidos y luego se discutirán dos cuestiones de diagnóstico que constantemente son objeto de controversia en este país.

Diagnóstico

El diagnóstico del retardo mental en los Estados Unidos generalmente tiene en cuenta dos dimensiones: a) la clasificación médica basada en la asignación a uno de entre varios síndromes especificados y b) la gravedad del retardo, basada en las pruebas normalizadas del desarrollo o de la inteligencia. Estas dos dimensiones figuran en los manuales de la AAP y de la AADM. En estos aspectos los dos manuales son muy similares, excepto que el enfoque de la AADM destaca la clasificación médica y el de la AAP ubica en primer término el grado de retardo. Las dos clasificaciones médicas asignan a la causación una función primaria en sus definiciones de los síndromes y utilizan denominaciones de carácter descriptivo únicamente cuando se desconoce la etiología.

El sistema de clasificación de la AADM agrega una dimensión importante que no figura en el manual de la AAP, o sea, la clasificación por el grado de menoscabo del comportamiento adaptativo, basado en el juicio clínico global, en contraposición con los bosquejos descriptivos basados en el déficit del comportamiento adaptativo de acuerdo

¹ Documento de trabajo No. 1, presentado en el Quinto Seminario sobre Diagnóstico, Clasificación y Estadística Psiquiátricos, celebrado en Washington, D.C., del 29 de octubre al 4 de noviembre de 1969. El Informe del Seminario se publicó en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, de noviembre de 1970, páginas 442-457.

² Profesor de Psiquiatría de las Facultades de Medicina y Salud Pública de la Universidad de California, Los Angeles, y Director del Programa de Retardo Mental del Instituto Neuropsiquiátrico, de la misma Universidad.

³ Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Harvard, y Jefe del Departamento de Psiquiatría del Hospital General de Massachusetts, Boston, Mass., E.U.A.

a la edad. También se pueden hacer clasificaciones sistematizadas en más de 20 categorías suplementarias entre las que se cuentan los factores genéticos, los defectos sensoriales los síntomas psiquiátricos, las disfunciones motrices, la conformidad cultural, las destrezas de lectura y aritmética, etc. El uso de todas las dimensiones en el sistema de clasificación de la AADM suministra, además de la tipología básica, un perfil razonablemente adecuado del paciente.

Retardo sociocultural

La primera de las dos cuestiones especiales que se tratarán es la del "retardo sociocultural", categoría frecuentemente utilizada en los Estados Unidos pero no en algunos otros países. En la clasificación de la AADM, a este grupo se le pueden aplicar dos categorías de diagnóstico dentro de la clase principal del "retardo mental debido a una causa incierta (o presumiblemente psicológica) en la que sólo la reacción funcional está manifiesta". Dichas categorías son las siguientes: a) retardo cultural-familiar (Código No. 81), y b) retardo mental psicogénico asociado con la privación ambiental (Código No. 82). En el manual de diagnóstico de la AAP la categoría respectiva es el retardo mental con privación psicosocial (ambiental) (Código No. 3.8) que incluye dos subclases: a) el retardo mental cultural-familiar, y b) el asociado con la privación ambiental. Hace un decenio los diagnósticos asignados al mismo grupo de pacientes eran, por lo común, "familiar" y, menos frecuentemente, deficiencia mental "no diferenciada" (3).

A continuación se da una descripción general de los pacientes a quienes se asignan estos diagnósticos. En la mayoría de los casos el retardo es de grado leve con un CI de 50-70. En general, el diagnóstico de la condición no se hace antes del ingreso en la escuela y el diagnóstico evidente por lo general desaparece al llegar el paciente a la edad adulta. La mayoría de los pacientes son, por lo tanto, de edad escolar (entre los 6 y los

18 años). Una causa importante de la especificidad de edad del diagnóstico resulta de la definición clínica básica del retardo mental en los Estados Unidos que requiere que se realicen simultáneamente el funcionamiento intelectual general inferior al término medio y el retardo del comportamiento adaptativo. La correlación entre estas dos disminuciones es máxima durante los años escolares cuando las exigencias de la escuela ponen de manifiesto estos déficit que acaso no se observen cuando las capacidades prácticas del paciente funcionan adecuadamente en el mercado de trabajo.

Los pacientes tienen una apariencia normal y no hay signos físicos concomitantes ni hallazgos de laboratorio. Las tasas de morbilidad y mortalidad del grupo se acercan a la media. Los niños que provienen de ambientes económicos, sociales y educativos menos privilegiados muestran una mayor proclividad a recibir este diagnóstico. Un cálculo prudente asigna un riesgo de presentar retardo leve, incluso el retardo sociocultural, en un nivel 15 veces más elevado para los niños pobres del sector rural o urbano que para los de la clase media suburbana (4).

Son comunes aún las polémicas acerca de la etiología del retardo sociocultural. Estos niños, por lo general, nacieron de madres desnutridas durante la adolescencia, con embarazos tempranos y frecuentes. La tasa de prematuridad en el grupo es dos veces superior a la media nacional. El cuidado prenatal es inexistente o limitado y el cuidado peri y posnatal es inferior a lo normal. Muchas veces, la nutrición del paciente durante la infancia y los primeros años de la niñez es inadecuada. Estos niños están expuestos a diversas noxas somáticas, incluidas infecciones, envenenamientos y traumatismos y muchas veces no están protegidos por las medidas ordinarias de salud pública. Por lo tanto, no es difícil conceptuar una variedad de modelos biomédicos (5) que ex-

plican la etiología de este tipo de retardo en función de los efectos cumulativos de los daños orgánicos del sistema nervioso central. Algunos médicos prefieren estos modelos biomédicos pero otros enuncian una explicación genética de este síndrome a base de la teoría de la homogamia de los retardados mentales.

Pero, además, estos son generalmente niños no deseados, no planeados y concebidos accidentalmente y, con frecuencia, fuera del matrimonio. Crecen en hogares con padres ausentes y madres que no les atienden física o emotivamente. Durante la infancia no están expuestos como los demás niños, a la misma calidad y cantidad de estímulos táctiles y cinestésicos. Generalmente se les deja abandonados en sus cunas o sobre el piso de la vivienda. Aunque hay ruidos, olores y colores en su medio ambiente, los estímulos no están tan organizados como los que se encuentran en los ambientes de clase media y alta. Por ejemplo, es limitado el número de palabras que oyen; las oraciones son breves y en su mayoría son órdenes con connotación negativa. A base de estas observaciones empíricas, los científicos norteamericanos del comportamiento han enunciado un modelo causal de privación ambiental; de esta manera, el síndrome adquirió sus diversos nombres: privación sociocultural, privación psicológica, retardo cultural-familiar, etc. (6).

Es preciso estudiar dos cuestiones etiológicas corrientes que tienen que ver con la clasificación del diagnóstico. La primera se refiere al papel de los factores orgánicos en la etiología del retardo sociocultural. El manual de la AADM dice que el retardo mental debido "a causa incierta (o presumiblemente psicológica) con sólo la reacción funcional manifiesta" se aplica únicamente a casos de retardo mental que ocurren "en ausencia de cualquier indicación clínica o histórica de enfermedad orgánica o cuadro patológico a las que sería razonable atribuir

el funcionamiento intelectual retardado". El retardo mental cultural-familiar y el asociado con la privación ambiental, en los que se ubica a los pacientes con retardo sociocultural, son dos subclases de esta categoría principal. Si los médicos se adhirieran literalmente a la descripción de la categoría, no podrían diagnosticar ningún caso de retardado sociocultural porque, en muchos casos, la historia de una atención médica deficiente y las múltiples exposiciones a noxas somáticas por sí solas contrariarían el requisito de la ausencia de antecedentes de enfermedades orgánicas.

Las observaciones longitudinales del desarrollo de los niños pobres y los efectos de los principales cambios en la crianza son favorables al modelo etiológico psicosocial. Por otro lado, la aceptación lisa y llana de la causación puramente funcional no tiene en cuenta los probables efectos de los traumas biomédicos. En consecuencia, podría llegarse a la conclusión errónea de que las noxas somáticas no desempeñan papel alguno entre las causas del retardo sociocultural.

La segunda cuestión etiológica se refiere a los papeles específicos de los diversos elementos de la privación. Se han enunciado conclusiones globales con respecto al efecto total de la privación sin contar con información específica sobre la calidad, cantidad, especificidad o cronología de los componentes de la privación.

Los estudios transculturales, además de la resolución de los problemas de diagnóstico y de clasificación, son muy útiles para explicar la causa del retardo sociocultural (7). En especial, mucho puede aprovecharse de estos estudios en lo que atañe a las fuerzas genéticas, somáticas y de la experiencia que interactúan en la génesis de este retardo leve de edad específica que prevalece en los grupos de población pobres y que generalmente en los Estados Unidos se denomina retardo sociocultural.

Psicosis infantil y retardo mental

El segundo problema controvertido concierne a la relación entre los diagnósticos tempranos de la psicosis infantil y el retardo mental. No es raro encontrar niños en los Estados Unidos que sucesivamente, y en cualquier combinación, reciben una serie de diagnósticos que incluyen: el autismo infantil precoz, el retardo mental, la esquizofrenia infantil, la lesión cerebral, las disfunciones cerebrales mínimas, etc. Algunas veces, los cuadros clínicos en estos pacientes se complican aún más por una variedad de deficiencias sensoriales, orgánicas o funcionales.

Aparentemente esta cuestión puede parecer de alcance bastante limitado pero un análisis más cuidadoso revelará otras ramificaciones. Una de las consecuencias de la incertidumbre en el diagnóstico y la clasificación es el variado uso del término "pseudoretardo" entre los clínicos de los Estados Unidos (8). Algunos usan el término para describir al retardado sociocultural, es decir, aquel en que no puede observarse un daño del sistema nervioso central; otros restringen el término para aquellos cuyos déficit motrices o sensoriales producen algunos de los síntomas del retardo. Los defensores de estos conceptos suelen argumentar que en estos casos no existe propiamente el retardo verdadero (o deficiencia) y que la disminución en la medida de la inteligencia es más función de las deficiencias de las pruebas psicológicas que de la disminución de las funciones cognoscitivas del paciente.

Algunos prefieren el uso del término pseudoretardado en los casos en que, a su juicio el desempeño intelectual retardado y el comportamiento adaptativo inadecuado son explicables sobre la base de mecanismos psicogénicos básicos. El pseudoretardado, en este contexto, se refiere a los pacientes cuyo retardo mental se deriva de psicosis, grave trastorno emotivo, trastorno neurótico u otros tipos de trastornos graves de la personalidad durante la infancia. Por ejemplo, el niño que durante los primeros años de

vida manifiesta síntomas del autismo y que, en función de las evaluaciones de sus desempeños intelectual y adaptativo, reúne los requisitos del diagnóstico de retardo dentro de ese cuadro, sería ubicado en la categoría de pseudoretardo.

La polémica acerca de la interrelación entre psicosis y retardo, cuando ambos coexisten, aún no está resuelta. La clasificación de la AADM indica dos categorías para estos pacientes: el Código No. 83, retardo mental psicogénico asociado con un trastorno emotivo, y el Código No. 84, retardo mental asociado con un trastorno psicótico (o con grave trastorno de la personalidad). La hipótesis básica es que el retardo mental en estos pacientes se debe a causas psicológicas y, por tanto, el diagnóstico de retardo mental debe especificar la causación psicológica presumible. La clasificación de la AAP da una categoría principal para este grupo, es decir, la definida como retardo mental luego de un trastorno psiquiátrico grave (Código No. 3.7). La filosofía básica es esencialmente la misma seguida en el manual de la AADM.

Indiscutiblemente, las perturbaciones mentales graves en la infancia y en la niñez disminuyen los desempeños intelectuales adaptativos. En consecuencia, estos pacientes llenan los requisitos de diagnóstico de retardo mental de la AADM y la AAP. Además, el CI mensurable de estos pacientes funciona como el mejor pronosticador del resultado (9). Por otra parte, podría decirse que la enfermedad primaria de estos niños es la psicosis o el trastorno emotivo y que el retardo mental es una de entre las manifestaciones de la patología emotiva grave. Actualmente, no se pueden sacar conclusiones científicas firmes a base de la investigación etiológica. La polémica, aunque acalorada, sigue siendo, pues, filosófica y semántica.

Con el fin de facilitar las comunicaciones profesionales en el plano nacional e internacional, es deseable llegar a un acuerdo de

aceptación general que asegure que los pacientes que sufren de trastornos emotivos graves y que manifiestan la sintomatología del retardo mental sean clasificados en la misma categoría, independientemente de la idiosincracia de los clínicos. La solución propuesta hace poco en el manual de la AAP es la más útil para ordenar este caos semántico. Esta solución reza así: "El retardo mental se ubica en primer término para destacar que debe diagnosticárselo siempre que exista, aunque se deba a algún otro trastorno". El manual aboga por el diagnóstico psiquiátrico múltiple y ello es garantía de que no se dejará de lado ninguna información pertinente. La decisión del manual acaso parezca arbitraria, pero es la más conveniente para la comparación de la información bioestadística procedente de diversos puntos geográficos.

Resumen

El sistema de clasificación del retardo mental generalmente más utilizado en los Estados Unidos es el del *Manual on terminology and classification in mental retardation* de la Asociación Americana de Deficiencia Mental (AADM) que es similar a la del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (segunda edición), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (AAP). Ambos manuales definen el retardo mental de un modo similar: "El retardo mental es el funcionamiento intelectual general inferior al término medio que se origina durante el período de desarrollo y que está asociado con la disminución del comportamiento adaptativo". La definición de la AAP sustituye la frase "retardo del comportamiento adaptativo" por "retardo del aprendizaje y el ajuste social o la maduración, o ambos".

El diagnóstico del retardo mental en los Estados Unidos tiene en cuenta dos dimensiones: a) la clasificación médica basada en la asignación a uno de entre varios síndromes especificados y b) la gravedad del retardo,

basada en las pruebas normalizadas del desarrollo o de la inteligencia. El enfoque de la AADM destaca la clasificación médica y el de la AAP ubica en primer término el grado de retardo. Las dos clasificaciones médicas asignan a la causación una función primaria en sus definiciones de los síndromes y utilizan los síndromes de carácter descriptivo únicamente cuando se desconoce la etiología.

La primera de las dos cuestiones especiales que se tratan en este trabajo es la del "retardo sociocultural", categoría utilizada más frecuentemente en los Estados Unidos que en otros países. A este grupo se le pueden aplicar dos categorías de diagnóstico: a) retardo cultural-familiar (Código No. 81), y b) retardo mental psicogénico asociado con la privación ambiental (Código No. 82). En el manual de diagnóstico de la AAP la categoría respectiva es el retardo mental con privación psicosocial (ambiental) (Código No. 3.8) que incluye dos subclases: a) el retardo mental cultural-familiar, y b) el asociado con la privación ambiental. Hace un decenio los diagnósticos asignados al mismo grupo de pacientes eran, por lo común, "familiar" y, menos frecuentemente, deficiencia mental "no diferenciada".

Se da asimismo una descripción general de los pacientes a quienes se asignan estos diagnósticos que son en su mayoría de edad escolar, esto es entre los 6 y los 18 años. Su apariencia es normal y no hay signos físicos concomitantes ni comprobaciones de laboratorio acercándose las tasas de morbilidad y mortalidad del grupo a la media.

La segunda cuestión etiológica se refiere a los papeles específicos de los diversos elementos de la privación, y si bien se han enunciado conclusiones globales relacionadas con el efecto total de la privación no se ha contado con información específica sobre la calidad, cantidad, especificidad o cronología de los componentes de la privación.

El segundo problema controvertido concierne a la relación entre los diagnósticos

tempranos de la psicosis infantil y el retardo mental. No es raro encontrar niños en los Estados Unidos que sucesivamente, y en cualquier combinación, reciben una serie de diagnósticos que incluyen: el autismo infantil precoz, el retardo mental, la esquizofrenia infantil, la lesión cerebral, las disfunciones cerebrales mínimas, etc. Algunas veces, los cuadros clínicos en estos pacientes se complican aún más por una variedad de deficiencias sensoriales, orgánicas o funcionales. Una de las consecuencias de la incertidumbre en el diagnóstico y la clasificación es el variado uso del término "pseudoretardo" entre los clínicos de los Estados Unidos. Algunos usan el término para describir al retardado sociocultural, otros restringen el término para aquellos cuyos déficit motrices o sensoriales producen algunos de los síntomas del retardo, y otros prefieren el uso del término pseudoretardado en los casos en que, a su juicio, el desempeño intelectual retardado y el comportamiento adaptativo

inadecuado son explicables sobre la base de mecanismos psicogénicos básicos. El pseudoretardado, en este contexto, se refiere a los pacientes cuyo retardo mental se deriva de psicosis, grave trastorno emotivo, trastorno neurótico u otros tipos de trastornos graves de la personalidad durante la infancia y la niñez.

Por cuanto la polémica acerca de la interrelación entre psicosis y retardo, cuando ambos coexisten, aún no está resuelta, sería deseable llegar a una resolución generalmente aceptada que asegure que los pacientes que sufren de trastornos emotivos graves y que manifiestan la sintomatología del retardo mental sean clasificados en la misma categoría. La solución propuesta hace poco en el manual de la AAP es la más útil aunque parezca arbitraria, y es la más conveniente para la comparación de la información bioestadística procedente de diversos puntos geográficos. □

REFERENCIAS

- (1) Heber, A. *A manual on terminology and classification in mental retardation*, 2a ed. Monografía suplemento del *Amer J Ment Defic*, abril, 1961.
- (2) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C., APA, 1968.
- (3) American Association on Mental Deficiency. *Statistical manual for the use of institutions for mental defectives*. 3a ed. Preparado por el Comité sobre Estadísticas en cooperación con el Comité Nacional de Higiene Mental, Nueva York, 1946.
- (4) Tarjan, G. "Some thoughts on socio-cultural retardation". *Proceedings of Peabody-National Institute of Mental Health Conference on Social-Cultural Aspects of Mental Retardation*, 1968.
- (5) Tarjan, G. "The next decade: Expectations from the biological sciences". *JAMA* 191: 226-229, 1965.
- (6) Eisenberg, L. "Social class and individual development". En R. W. Gibson, ed., *Crosscurrents in psychiatry and psychoanalysis*, Filadelfia: J. B. Lippincott, Capítulo 3, 1967.
- (7) Cravioto, J. et al. "Nutrition, growth and neurointegrative development". *Pediatrics*, 38: 319-372, 1966.
- (8) Eisenberg, L. "Emotional determinants of mental deficiency". *Arch Neurol Psychiat* 80: 114, 1958.
- (9) Rutter, M. "The influence of organic and emotional factors on the origins, nature and outcome of childhood psychosis". *Develop Med Child Neurol* 7: 518, 1965.

Some thoughts on the classification of mental retardation in the USA (Summary)

The system most frequently used in the United States for the classification of mental retardation is that of the *Manual on terminology and classification in mental retardation* of the American Association on Mental Deficiency (AAMD). This system is similar to that of

the *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (second issue), published by the American Psychiatric Association (APA). Both manuals define mental retardation similarly: "Mental retardation refers to subaverage general intellectual functioning which originates

during the development period and is associated with impairment in adaptative behavior." The definition of the APA avoids the phrase "impairment in adaptative behavior" and uses instead "impairment of either learning and social adjustment or maturation or both."

The diagnosis of mental retardation in the United States has two dimensions: (a) medical classification based on assignment to one of several specified syndromes and (b) the seriousness of the retardation, based on standardized development or intelligence tests. In its approach, the AAMD underlines medical classification; the APA gives priority to the degree of retardation. Both medical classifications give causation a primary role in defining the syndromes and utilize syndromes of a descriptive character only when the etiology is unknown.

The first of the two special questions with which this paper will deal is that of "sociocultural retardation," a category frequently utilized in the United States but not employed in some other countries. Two diagnostic categories are applicable to this group: (a) cultural-familial retardation (code No. 81), and (b) psychogenic mental retardation associated with environmental deprivation (code No. 82). In the diagnostic manual of APA, the respective category is mental retardation with psychosocial (environmental) deprivation (code No. 3.8), which includes two subcategories: (a) cultural-familial mental retardation, and (b) retardation associated with environmental deprivation. A decade ago the diagnoses applied to the same group of patients were, as a general rule, "familial" and, less frequently, "undifferentiated" mental deficiency.

Also given is a general description of patients to whom these diagnoses are assigned who for the most part are of a school age ranging from 6 to 18 years. They appear to be normal and there are no concomitant physical signs nor laboratory proofs and their morbidity and mortality rates are about average.

The second etiological question refers to the specific roles of various elements of deprivation, and although global conclusions have

been advanced with respect to the total effect of deprivation, no specific information on the quality, quantity, specificity or rhythm of the components of deprivation has been available.

The second controversial problem concerns the relationship between early diagnoses of childhood psychosis and mental retardation. It is not rare in the United States to find children who successively, and in any combination, undergo a series of diagnoses which include: early infantile autism, mental retardation, childhood schizophrenia, brain damage, minimal brain disfunctions, etc. Sometimes, the clinical pictures of these patients are even further complicated by a variety of organic or functional sensorial, impairments. One of the consequences of the uncertainty in diagnosis and classification is the varying usage of the term "pseudoretardation" among U.S. clinicians. Some use the term to describe sociocultural retardation, others restrict the term to those patients whose motor or sensory deficiencies produce some of the symptoms of retardation, and others prefer to use the term pseudoretardation in cases in which, in their opinion, retarded intellectual performance and inadequate adaptative behavior can be explained in the light of basic psychogenic mechanisms. The pseudoretarded, in this context, are patients whose mental retardation stems from psychosis, serious emotional disturbance, neurotic disturbance or other types of serious personality disorders occurring during infancy and childhood.

Since the polemic regarding the interrelationship between psychosis and retardation, when they coexist, has not yet been resolved, it would be desirable to find a generally accepted solution which would guarantee that patients suffering from serious emotional disturbances and exhibiting the symptomatology of mental retardation would be classified within the same category. The solution proposed recently in the APA manual, while arbitrary in appearance, is the most useful and the most convenient for comparing biostatistical information coming from various geographical locations.

Alguns pensamentos sôbre a classificação de atraso mental nos Estados Unidos (*Resumo*)

O sistema que se usa com mais freqüência nos Estados Unidos para classificar o atraso mental é o "Manual on terminology and classification in mental retardation" da Associação Americana de Deficiência Mental (AADM), semelhante ao do "Diagnostic and statistical manual of mental disorders" (2a. edição), pu-

blicado pela Associação Americana de Psiquiatria (AAP). Os dois manuais definem atraso mental de maneira semelhante: "Atraso mental é expressão que se usa com referência a faculdades intelectuais gerais abaixo da média, originárias do período de desenvolvimento e associadas a uma diminuição da capacidade de

adaptação." A definição da AAP evita a expressão "diminuição da capacidade de adaptação" e usa, em lugar disso, "diminuição da capacidade de aprender e ajustar-se à sociedade, ou de maturar-se, ou de ambas".

O diagnóstico do atraso mental nos Estados Unidos tem duas dimensões: (a) classificação médica baseada na denominação de vários síndromes específicos; e (b) o grau do atraso, baseado em testes de desenvolvimento e inteligência padronizados. O sistema da AADM focaliza em particular a classificação médica; o da AAP, o grau do atraso. Ambas as classificações atribuem à causa papel primordial na definição dos síndromes e utilizam síndromes de caráter descritivo somente quando a etiologia é desconhecida.

A primeira das duas questões especiais abordadas neste trabalho é a do "atraso mental sócio-cultural", categoria usada com frequência nos Estados Unidos, mas que outros países não empregam. Podem-se aplicar a esse grupo duas categorias: (a) atraso cultural-familiar (código No. 81) e (b) atraso mental psicogenético associado a privação ambiental (código No. 82). No manual da AAP, a categoria respectiva é atraso mental com privação psicossocial (ambiental) (código No. 3.8), que compreende duas subcategorias: (a) atraso mental cultural-familiar e (b) atraso mental associado a privação ambiental. Há dez anos, esse mesmo grupo de pacientes seria classificado como casos de deficiência mental "familiar" ou, mais raramente, "não diferenciada".

Apresenta-se igualmente uma descrição geral dos pacientes enquadrados nessa classificação cuja maioria se encontra na idade escolar (6 aos 18 anos). Parecem normais, não apresentam sinais físicos nem dão exames de laboratório indicativos da anomalia e suas taxas de morbidade e mortalidade acompanham a média geral.

A segunda questão etiológica refere-se aos papéis específicos dos vários elementos de privação; e, embora tenham sido tiradas con-

clusões globais sobre o efeito total da privação, não há qualquer informação específica sobre a qualidade, quantidade, especificidade ou cronologia dos seus componentes.

O segundo problema objeto de controvérsia é a relação entre o diagnóstico oportuno da psicose infantil e o atraso mental. Nos Estados Unidos, não são raras as crianças cujos casos são diagnosticados como de autismo infantil, atraso mental, esquizofrenia infantil, lesão cerebral, distúrbios leves das funções cerebrais e outras anomalias, sucessivamente ou combinadas. Às vezes, uma variedade de perturbações sensoriais, orgânicas ou funcionais complicam ainda mais os quadros clínicos desses pacientes. Uma das consequências da incerteza do diagnóstico e da classificação é o uso variado do termo "pseudo-atraso" entre os clínicos americanos. Alguns usam o termo para descrever atraso mental sócio-cultural, outros o aplicam apenas aos pacientes cujas deficiências motoras ou sensoriais causam certos sintomas do atraso mental e outros ainda preferem usá-lo nos casos em que lhes parece possível explicar o atraso do desenvolvimento das capacidades intelectuais e a má adaptação social à luz dos mecanismos psicogenéticos básicos. Os pseudoretardados, nessas condições, seriam pacientes cujo atraso mental deriva de psicoses, distúrbios emocionais graves, neuroses ou outros tipos de anomalias sérias da personalidade ocorridas na infância.

Como a polêmica em torno da relação entre psicose e atraso mental, quando simultâneos, não foi ainda resolvida, seria desejável encontrar uma solução que, aceita por todos, assegurasse a classificação das vítimas de distúrbios emocionais grave e dos que apresentaram sintomas de atraso mental na mesma categoria. A solução proposta há pouco no manual da APA, embora aparentemente arbitrária, é a mais útil e a mais cômoda para a comparação de dados bioestatísticos procedentes de distintas regiões.

Quelques réflexions sur la classification de l'arriération mentale aux Etats-Unis (Résumé)

Le système le plus souvent employé aux Etats-Unis pour la classification de l'arriération mentale est le *Manual on terminology and classification in mental retardation* de l'American Association on Mental Deficiency (AAMD). Cette méthode est analogue à celle du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (deuxième édition), publié par l'American Psychiatric Association (APA).

Les deux manuels définissent l'arriération mentale de façon analogue: "L'arriération mentale désigne le fonctionnement intellectuel général au-dessous de la moyenne qui se manifeste au cours de la période de développement et est liée à une altération du comportement adaptatif." La définition de l'APA évite l'expression "altération du comportement adaptatif" et utilise à la place "altération soit de l'apprentissage et

de l'adaptation sociale ou de la maturation ou de l'une et de l'autre."

Le diagnostic de l'arriération mentale aux Etats-Unis a deux dimensions: a) classification médicale basée sur l'attribution à l'un de plusieurs syndromes déterminés et b) la gravité de l'arriération basée sur le développement type ou les tests d'intelligence. Selon sa conception, l'AAMD souligne la classification médicale; l'APA accorde la priorité au degré d'arriération. Les deux classifications médicales assignent à la cause un rôle prépondérant en définissant les syndromes et n'utilisent les syndromes d'un caractère descriptif que lorsque l'étiologie n'est pas connue.

La première des deux questions spéciales dont traite cette étude est celle de l'arriération socio-culturelle, catégorie fréquemment employée aux Etats-Unis mais non utilisée dans un certain nombre d'autres pays. Deux catégories de diagnostic sont applicables à ce groupe: a) arriération culturelle et familiale (chiffre de cote 81), et b) arriération mentale psychogénique liée à la privation environnante (chiffre de cote 82). Dans le manuel de diagnostic de l'APA, la catégorie respective est l'arriération mentale accompagnée de privation psychosociale (chiffre de cote 3.8) qui comprend deux sous-catégories: a) arriération mentale culturelle et familiale, et b) arriération liée à la privation psychosociale. Il y a une décennie, les diagnostics appliqués au même groupe de sujets étaient, d'une manière générale, déficience mentale "familiale" et moins fréquemment "non différenciée".

En outre, il est donné une description générale des sujets auxquels ces diagnostics sont attribués et qui, pour la plupart, sont d'un âge scolaire variant de 6 à 18 ans. Ils paraissent normaux et il n'existe pas de signes physiques concomitants ou de résultats d'analyse, et leurs taux de morbidité et de mortalité s'approchent à peu près de la moyenne.

La deuxième question étiologique porte sur les rôles particuliers des divers éléments de la privation et, malgré le fait que des conclusions globales ont été émises en ce qui concerne l'effet total de la privation, on ne dispose d'aucun renseignement précis sur la qualité, la

quantité, la spécificité ou le rythme des composantes de la privation.

Le deuxième problème discuté concerne le rapport qui existe entre les diagnostics précoces de psychose infantile et d'arriération mentale. Il n'est pas rare aux Etats-Unis de trouver des enfants qui, successivement et dans une combinaison quelconque, font l'objet d'une série de diagnostics qui comportent: autisme infantile précoce, arriération mentale, schizophrénie de l'enfance, lésion cérébrale, atteinte minimale au fonctionnement du cerveau. Parfois, les tableaux cliniques de ces malades se compliquent encore davantage par une diversité d'atteintes sensorielles organiques ou fonctionnelles. Une des conséquences de l'incertitude en matière de diagnostic et de classification est l'usage variable du terme "pseudoarriération" parmi les cliniciens. Certains emploient le terme pour décrire l'arriération socioculturelle, d'autres limitent ce terme aux malades dont les déficiences motrices ou sensorielles produisent quelques-uns des symptômes de l'arriération, et d'autres encore préféreraient employer le terme pseudo-arriération dans les cas où, à leur avis, la performance intellectuelle retardée et le comportement adaptif insuffisant peuvent être expliqués à la lumière des mécanismes psychogéniques de base. Les pseudoarriérés, dans ce contexte, sont les malades dont l'arriération mentale provient de psychose, de troubles affectifs graves, de troubles neuropathiques ou d'autres types de troubles graves de la personnalité qui se produisent pendant le bas âge et l'enfance.

Etant donné que la polémique relative à l'interdépendance de la psychose et de l'arriération, lorsqu'elles coexistent, n'a pas encore été résolue, il y aurait intérêt à trouver une solution acceptée d'une manière générale qui garantirait que les malades atteints de troubles affectifs graves et chez lesquels se manifestent les symptômes de l'arriération mentale seraient classés dans la même catégorie. La solution proposée récemment dans le manuel de l'APA, tout en étant arbitraire en apparence, est des plus utiles et des plus commodes pour la comparaison des renseignements biostatistiques provenant de divers emplacements géographiques.