

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

IN MEMORIAM JULIAN DE AJURIAGUERRA

- R. HENNY: «El fracaso de los mecanismos neuróticos en el niño»
- M. MACIAS ROCHA: «Principios organizadores de la interacción precoz entre la madre y el bebé»
- M. WENGER FRIDMAN: «Consideraciones psicosociológicas sobre los niños inmigrantes y sus padres»
- J. BARO: «Consideraciones sobre una prevención primaria de la violencia»
- F. CABALEIRO: «Situación actual de la especialidad de Psiquiatría de niños y adolescentes en España»
- R. MISES: «Clasificación francesa de los problemas mentales del niño y del adolescente»

* * *

RECENSION BIBLIOGRAFICA

N.º 10 1990

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYPNA

Presidente:

L. Fernando Cabaleiro (Madrid)

Vicepresidente:

Alberto Lasa (Bilbao)

Secretario:

M^a del Valle Martín (Madrid)

Tesorero:

Jaume Baró (Lérida)

Publicaciones:

Marián Fernández Galindo (Madrid)

Vocales:

Isabel Gómez (La Coruña)

Juan Manzano (Ginebra)

Ricardo Sanz (Valencia)

Cristóbal Serra (Mallorca)

Directora de la publicación:

Marián Fernández Galindo

Comité de Redacción:

L. F. Cabaleiro

L. Martín Cabré

B. Rodríguez Braun

M. L. Alfaya

Suscripciones:

Marián Fernández Galindo

Pirineos, 21

28040 Madrid

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

IN MEMORIAM JULIAN DE AJURIAGUERRA

R. HENNY:	«El fracaso de los mecanismos neuróticos en el niño»	11
M. MACIAS ROCHA:	«Principios organizadores de la interacción precoz entre la madre y el bebé»	45
M. WENGER FRIDMAN:	«Consideraciones psicosociológicas sobre los niños inmigrantes y sus padres»	65
J. BARO:	«Consideraciones sobre una prevención primaria de la violencia»	77
F. CABALEIRO:	«Situación actual de la especialidad de Psiquiatría de niños y adolescentes en España»	85
R. MISES:	«Clasificación francesa de los problemas mentales del niño y del adolescente»	105

* * *

RECENSION BIBLIOGRAFICA

N.º 10 1990

**(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño y del Adolescente)**

IN MEMORIAM JULIAN DE AJURIAGUERRA (1911-1993)

El Profesor Julián de Ajuriaguerra fue enterrado en el pequeño cementerio que rodea la iglesia parroquial de Villefranque, cerca de Bayona, el día 26 de marzo de 1993.

Había fallecido tres días antes a consecuencia de una infección pulmonar que complicó la enfermedad de Alzheimer que había sufrido durante los últimos años de su vida.

Como él hubiera deseado, la ceremonia fúnebre no fue multitudinaria. Sin grandes alharacas póstumas, ni solemnes representaciones oficiales fue despedido por su familia, y sus amigos.

De ellos, muchos convecinos del pueblo que eligió para vivir apaciblemente desde su jubilación. Otros pocos, veteranos discípulos. También algunos, personajes públicos de conocidas trayectorias políticas y académicas. Todos ellos reunidos en testimonio de respeto y de amistad, y con la discreción propia de la tristeza.

«Dejad que los niños se acerquen a mí, porque de ellos es el reino de los cielos», fue la lectura evangélica que su familia eligió para este acto de despedida.

Ciertamente fue un hombre que nunca olvidó su infancia, pese a que le gustaba afirmar sorprendido que no recordaba nada de gran parte de ella.

Una y otra vez volvía al niño como objeto primordial de su curiosidad científica. Y en la larga trayectoria de su impresionante obra, repetidamente marcó hitos importantes para la historia de la psiquiatría infantil.

Recordando sólo los inolvidables. En los años 50-60, la creación de la revista «La Psychiatrie de l'enfant», sus trabajos sobre la psicomotricidad y las dispraxias, sobre el desarrollo del lenguaje y la organización intelectual en los niños psicóticos, sobre la toxicidad y las reacciones emocionales precoces.

En la década de los setenta su histórico «Manual de Psiquiatría infantil», sus trabajos sobre «las posturas del amamantamiento», y «el niño en la historia».

Y ya entrando en los ochenta, los cursos del Collège de France. Fue sin duda en esta etapa de madurez científica cuando más libre se sintió en la elección de sus temas de interés.

Ya anteriormente durante toda su trayectoria profesional supo combinar las enseñanzas de sus maestros, a los que supo buscar y aprovechar con sagacidad y empeño, con una extraordinaria independencia, sin duda fruto de una inquebrantable confianza en sí mismo y en sus intuiciones personales.

Refiriéndose a Wallon dijo: «de quién nunca fuí discípulo y que fue sin embargo mi maestro».

No fue hombre de servidumbres académicas, y le gustaba autocalificarse de «francotirador». Su carácter socarrón le permitía así autodefinir su espíritu libertario y, más discretamente, sus posiciones ante la política, que nunca le tentó, y la vida.

Cabe destacar que a la hora de los máximos reconocimientos académicos, desde Ginebra a París, fue llamado por el clamor de su propia obra y trabajos anteriores, y no en virtud de las sumisiones habituales previas a muchos nombramientos.

Por todo ello se comprende que lo que más feliz le hizo, en su vida científica, fue su elección para el Collège de France. Con su aire iconoclasta decía que lo que más le gustaba de es-

ta venerable institución era que uno podía si quería y le gustaba, crear una cátedra «hasta de ciclismo».

Los psiquiatras infantiles siempre le agradeceremos que cuando ya en la cima de su pensamiento pudo elegir con absoluta libertad, «hasta el nombre de la cátedra», la denominará de «Neuropsicología del desarrollo». Se adelantó así, una vez más en años, a lo que después se consagraría como término de moda «psiquiatría del desarrollo».

Los temas que desarrolló en ella son entrañables. El abrazo, la piel, el tacto, las caricias. Revalorizó la crianza y la importancia de las relaciones precoces. «La madre no es sólo habitáculo,... nutricia y envolvente... transmite los humores de la carne».

Pero lo que sin duda pretendió fue acercarse a su sueño, acercar cuerpo y alma, el niño y el hombre, lo innato y lo adquirido, lo biológico y lo cultural, el «equipamiento» y el «potencial» neurobiológico que para él dependían de la epigenética post-natal, eran «esclavos de la mutualidad madre-bebé».

Una vez más a contracorriente, nos enseñó en tiempos de simplificaciones científicas, que la neurobiología era mucho más que la psicofarmacología, disciplina también muy digna, pero que sometida actualmente a las servidumbres que todo mecenazgo implica, parece querer acaparar abusivamente el monopolio de la científicidad, la rentabilidad y la eficacia.

Dotado de la capacidad de decir mucho en pocas palabras nos legó algunas sentencias. «Si queremos superar las contradicciones entre lo biológico y lo psicológico o entre lo psicológico y lo sociológico, hay que estudiar al hombre desde su comienzo».

Cuando en nuestra Sociedad le nombramos primer miembro de honor, ya estaba afectado de una enfermedad que él co-

nocía bien. Pese a ello, acompañado por su hija nos leyó unas emotivas líneas en las que con humor también aludió a su infancia.

Las implacables ironías de la vida, que son también las de la muerte, quisieron que Ajuriaguerra padeciera la enfermedad de Alzheimer. Había dedicado años de su vida al estudio de la demencia, renovando criterios de exploración y de comprensión de quienes la sufrían. Pero su gran saber médico no pudo evitar ni el paso implacable del tiempo ni el padecimiento de una enfermedad que seguramente se autodiagnosticó.

Quienes conocimos sus últimos años fuimos testigos de su dignidad como enfermo. Se quejaba de perder la memoria, unas veces con tristeza, otras con humor, otras con rabia. En cierta ocasión, ya avanzada su enfermedad exigió enfadado que le dejaran ver sus propias pruebas médicas. «Aún soy capaz de leer una radiografía» dijo.

Cuando ya más desorientado y confuso desconectaba de las conversaciones, sin embargo se acicalaba y entraba en tertulia cuando las visitas eran para él.

En uno de sus últimos paseos eligió mostrar a sus acompañantes las iglesias y los pequeños cementerios pegados a ellas de dos pueblecitos próximos al suyo. Les habló con detalle de que le gustaban aquellos cementerios diciendo que le parecían «cercanos y coquetos, alegres y familiares».

También solía recordar con humor que desde niño había vivido impresionado por la leyenda inscrita en la puerta del cementerio de su pueblo natal. Y solía repetirla con tono solemne: «Lo que sois fuimos, lo que somos seréis cuando menos lo penséis». Y añadió bromeando: «Me pareció tan terrible, que yo creo que desde entonces me he dado prisa por hacer cosas».

En alguna de sus páginas dijo: «el psiquiatra se ocupa de las cosas más simples, de los dichos y hechos banales, estudia

menos sucesos y menos casos hermosos que cualquier otro médico,... pero siempre es testigo de tristes y bellas historias sobre cariños desaparecidos y tristezas insoportables...».

Hoy con su muerte, hecho banal e inevitable, la psiquiatría infantil queda triste y agradecida. Sirvan estas líneas de reconocimiento a su obra y a su vida.

ALBERTO LASA ZULUETA

EL FRACASO DE LOS MECANISMOS NEUROTICOS EN EL NIÑO

Por René Henny¹

– No estaba seguro de que el título se hubiera traducido correctamente. Me he equivocado, Juan Manzano me ha dicho que era mi desconocimiento del español lo que me perdía, pensaba que fracasar, correspondía a algo relativo al fracaso en un aspecto más drástico y definitivo.

Yo quisiera desarrollar algunos aspectos clínicos y metapsicológicos, con ayuda de una demostración de vídeo, que corresponderían al verbo «marrer» en el sentido con el que, en francés, se puede utilizar el término, cuando el cazador pierde la presa no a causa de su torpeza sino por una falta, como se dice en el argot de caza. De igual modo en francés se habla de un motor que ratea (decimos también en castellano), cuando da una explosión fuera de tiempo y este fallo hace que el motor no tenga ninguna energía de propulsión, lo que nos impide que el motor siga girando con un ritmo adecuado en otras partes del motor. O también, para aproximarnos al hombre, podríamos hablar de la misma forma, de esta palabra, «rates», fallo cardíaco, extrasístole.

Vean, pues, que las representaciones que me acuden cuando hablo de esto, son sobre todo fruto de un incidente

¹ Transcripción de la ponencia presentada al IV Congreso de SEYPNA. Valencia, 1990.

acaecido en un tiempo del cual expresa la ruptura momentánea. Es evidente que el fracaso a nivel de la progresiva estructuración del aparato psíquico, hoy diríamos mejor la organización del aparato psíquico, connota una organización altamente patológica en el niño, especialmente en el caso de psicosis o, eventualmente y en mi perspectiva, en la enfermedad somática.

Naturalmente que cabría situar aquí otras malformaciones del aparato psíquico pero que, a mi modo de ver, no son más que variaciones de los dos cuadros citados, a saber, ciertas formas de debilidad mental en relación con la disarmonía evolutiva y ciertas organizaciones caracteriales en las que la angustia no se puede contener sin una inmediata descarga.

Sin embargo, no es de esto de lo que yo quisiera hablar en este congreso consagrado a la neurosis del niño, por mucho que sí que tenemos que vérnoslas con la problemática psicótica en cierta forma límite de desorganización en la gestación de la neurosis infantil, tal como dice Serge Levobici. Pero, para concretar ya lo que quiero intentar explicarles, quisiera dar la palabra a la clínica.

Se trata de un niño de 8 años que tiene un recorrido existencial complicado: es hijo de una madre soltera, el padre previamente se había matado en un supuesto accidente en el momento de nacer él. Todo esto se desarrolla en un medio cultivado y muy católico. Educado por una criada, a los seis años habla la lengua de ésta y no la de la madre, vive en una familia de diplomáticos y, con ocasión de los viajes de la familia, vivió un episodio de la guerra de descolonización portuguesa en Luanda, lo cual le impresionó mucho tal como lo veremos ahora.

PRIMERA VIÑETA

T: Bueno, explícame un poco Cristian. ¿Vives en Lausana desde hace poco tiempo?

C: Sí.

T: ¿Cuanto tiempo hace?

C: En total, 3 meses.

T: Bueno, C y antes, ¿donde vivías?

C: En Luanda.

T: ¿En Luanda?, ¿En que país de Africa está?

C: Es un país Africano.

T: ¿No sabes cuál es?

C: No.

T: Angola, ¿no es ese?, ¿Estuviste mucho tiempo en Luanda?

C: Sólo un mes.

T: ¿Un mes solamente?

C: No, dos meses, por lo menos tres meses, muy poco y empezó la guerra.

T: Sí.

C: La guerra empezó.

T: ¿Viste la guerra?

C: Sí.

T: ¿Qué viste de la guerra?

C: Era triste.

T: Pero viste cosas?

C: Sí, vi tanques, aviones...

T: Tanques y aviones...

C: Sí, los tanques disparaban a todas partes.

T: Ah sí... ¿en Luanda?

C: Sí.

T: ¿Viste los tanques disparando?

C: Ibamos a los subterráneos, de 10 de profundidad, así, si un avión tiraba una bomba, por lo menos no notaríamos nada, estaríamos allí. Pero yo me preguntaba... decía... si hay un terremoto, seremos enterrados vivos. Me decían; sí, pero más vale protegerse de las bombas que... pero a mí no me gustaría ser enterrado vivo. Es normal.

T: Sí, es normal, claro.

- C: Porque ser enterrado vivo... hay... he intentado resistirme, pero es bastante difícil.
¿Conoce los perros policía?
- T: Los perros policía sí...
- C: Los que se utilizan durante la guerra...
- T: ¿Qué es lo que se hace con los perros policía durante la guerra?
- C: Si hay uno que cae en la trampa, los perros policía, obligatoriamente reúnen todos los perros y tratan de retirar al hombre herido.
- T: Eso es, ...entonces tú te decías cuando estabas al abrigo de las bombas si, alguna vez hubiere un terremoto, habría perros policía que vendrían a buscarnos...
- C: Sí, pero no sólo eso, los perros policía vendrían a buscarnos, pero estaríamos atrapados. Ya no quieren franceses, por eso lucharon entre ellos, mi madre... empecé el colegio, como pensionista, no me gustó nada.
- T: ¿Estabas interno?
- C: Sí, pero aquí estoy en un Liceo Francés.
- T: Cuéntame, en Luanda, tenías mucho miedo durante la guerra.
- C: Sí, fue un principio.
- T: ¿Un principio de miedo?
- C: Cuando empecé a ver disparar los tanques hacia todas partes, había una persona que tenía un gran agujero producido por un disparo.

Hay que precisar que esta entrevista tiene lugar dentro del marco de una investigación que se podría decir una consulta terapéutica en el servicio que yo dirigía.

Entrevista, pues, al margen y antes de una cura propiamente dicha, el elemento dominante se halla en la repetición compulsiva de representaciones, de situaciones angustiosas, situaciones de muerte, de las que él busca, en vano, una salida, porque siempre está reinvestido por la amenaza, (amenaza de bombardeo, se puede refugiar en el refugio pero este refugio, a su vez, está amenazado, porque podría haber un terremoto y el niño podría quedar sepultado dentro del refugio, pero –dice el niño– hay perros policía y estos perros salvadores podían de-

senterrarlo de esta masa donde había quedado enterrado, salvarlo no, porque los perros lo llevarán hacia los enemigos que van a perseguirlo, porque caerá en las manos de sus enemigos en esta terrible guerra).

Es la secuencia característica de lo que intento demostrar: **el fracaso en los mecanismos de reinversión**. Se podría decir también que la neurosis fóbica no se organiza puesto que la fantasía no puede resolverse en un síntoma y justamente éste es el fenómeno, este encadenamiento de secuencias, de representaciones o de fantasmas de terror que el Yo no puede metabolizar, lo que conduce, no solamente a una sensación desagradable sino a la desorganización que designo como **fracaso de la función neurótica**.

Naturalmente, en este caso, está en relación con algo que podríamos llamar traumático, es un acontecimiento relativamente reciente.

Será útil recordar aquí lo que sabemos de la organización de la neurosis infantil (y no trastornos neuróticos del niño), es decir, los conflictos que van parejos con el desarrollo y que culminan en la organización edípica. Freud nos ha demostrado que el bebé, puede movilizar mecanismos mentales que le permiten superar su total dependencia del objeto materno. Es la alucinación satisfactoria del deseo, que le permitirá dominar la espera, la expectativa de una gratificación a nivel oral, en la frontera entre la necesidad y el deseo. Una primera experiencia de satisfacción aparece para volverla a buscar en la alucinación del seno gratificante. Se sabe, naturalmente, que, ya de entrada, las cosas se complican a causa del espacio temporal inevitable que se intercala entre deseo y satisfacción.

Observarán ustedes que no me uno necesariamente a un movimiento pulsional destructor primariamente sino tal vez secundariamente. En mi perspectiva, este primer mecanismo económico es de dominio, es decir, el movimiento pulsional queda

fantasmáticamente marcado por la carencia, todo transcurre, en efecto, como si estos primeros rasgos amnésicos de la satisfacción oral estuvieran sobreinvertidos e idealizados; es decir, que el niño alucina la satisfacción del deseo y se halla enfrentado a un «recuerdo» que no le permitirá nunca recuperar la plenitud-placer-purificado de esta experiencia.

Es conocida la continuación de la secuencia del desarrollo que esbozo aquí, a saber: rasgos mnésicos, después representaciones, que pronto se complicarán con unos escenarios en los que las identificaciones se constituyen. En realidad no hago sino recordar lo que Freud y sus epígonos nos dijeron acerca del origen del fantasma. Se conoce aquí el artículo, antiguo, de Susan Isaacs que confirma en su lenguaje lo que yo intento recordar y la cito:

«En el transcurso del desarrollo mental del bebé, el fantasma² no tarda en convertirse también en un medio de defensa contra ansiedades, un medio de inhibir y controlar las pulsiones instintivas y asimismo una expresión de deseos de reparación».

Se sabe, por otra parte, el destino de estas organizaciones fantasmáticas precoces mucho antes de la adquisición del lenguaje que, en el juego de proyecciones e introyecciones, son reprimidos y, por ello, inconscientes. Se podría hablar de represión primaria, fantasmas inconscientes que en la historia del psicoanálisis adoptarán cada vez un papel más importante puesto que, –al menos, así se ha pensado durante mucho tiempo– el objetivo de la interpretación tendía o apuntaba a estas formaciones específicamente.

Se sabe muy bien que si Freud pensaba modificar la economía de sus histéricos con la interpretación de estos escena-

² Aunque en la traducción al castellano del conocido trabajo de Isaacs, se llama «fantasía» al concepto, se mantiene aquí «fantasma» puesto que el Profesor Henny emplea «fantasma», acorde con la traducción francesa (N. de T.).

rios inconscientes identificadores, nosotros ya, hoy por hoy, no creemos en esta fuente de cambio. En 1900 la Traumdeutung precisa, como cinco años antes, que el fantasma inconsciente está construido sobre el modelo de sueños y de ensoñaciones diurnas. En efecto, en este texto, Freud subraya la analogía entre la ensoñación y el sueño, ambos marcados por la impronta del deseo, construido sobre rasgos mnésicos y gozando ambos de una cierta complicidad de la censura.

El juego es al fantasma lo que la ensoñación al sueño. La ensoñación, sin embargo, está mucho mejor organizada en los procesos secundarios, por consiguiente unida, en relación con el tiempo y el espacio, mientras que sueños y fantasmas inconscientes no tienen otra cortapisa sino la pulsión que ellos configuran y teatralizan.

Podemos volver ahora a nuestro joven paciente. Su discurso está construido por una narración marcada por recuerdos, historia relativamente reciente, puesto que no data de más de un año. Narraciones de guerra pero, ya de entrada, saturadas por **proyecciones fantasmáticas** puesto que en esta secuencia nos describe los peligros a los que hubiera podido estar expuesto, evocación de sus miedos de aquel momento concreto. El fenómeno que intento describir es justamente **el fracaso del fantasma como contrainvestimento y, en particular, la ausencia de constitución del síntoma neurótico, en este caso fóbico, compromiso entre la pulsión y la defensa.**

En cuanto al contenido modificado por la proyección, es decir, por el retorno de lo reprimido, todo el mundo habrá visto aquí elementos que pertenecen al tema del nacimiento y de la separación, de la escena primitiva y de la castración, (explosión, hundimiento, ser enterrado, etc...) En el contenido, la representación es terrorífica; tal vez en la comunicación no lo es tanto por estar ampliamente neutralizada por la escisión y el desplazamiento.

En este análisis podríamos ir todavía más lejos y repasar este pasaje en el que Cristian describe el hundimiento del refugio con ocasión del terremoto. Su expresión, su mímica, indica la reinvasión del aparato psíquico por algo que sobrepasa, que desborda la representación, es decir, **una vivencia sensorial actual regresiva que lo conduce a lo que Freud llamó la identidad de percepción**, que firma, que atestigua la reinvasión por el proceso primario; y dice: «no me gusta que se me entierre vivo, intenté luchar contra ello, pero es muy difícil, bastante—». Se ve en ello identidad de percepción, reactualización sensorial con, además, cierta regresión formal del lenguaje (es un signo más, este menor, cierto es, de un fracaso neurótico que podría rozar lo que, por otra parte, podríamos llamar la solución delirante: fantasías, juegos, fantasmas, delirios, estas son exactamente las palabras clave de lo que intentamos decodificar en la observación del niño).

Es inútil insistir en la aportación de Melanie Klein referente al juego del niño, su desarrollo en la sesión bajo la mirada del psicoanalista y su interpretación. Con René Diatkine, yo abogaría en favor de la extrema importancia de su observación, teniendo en cuenta que la puesta en escena del juego del niño no solamente es la indicación de representaciones pulsionales sino también de todas las defensas y las resistencias, que no pueden por menos sino manifestarse en la relación terapéutica. En realidad, Melanie Klein ya lo había entendido bien a nivel de manifestaciones de transferencia, que ella estima que tiene que interpretar enseguida.

Aquí, progresivamente y a medida que se establece una relación conmigo, Cristian va a desplegar un discurso que cada vez es más significativo y es importante verlo en función de mi presencia, del interés que le dedico y de la presencia amenazadora de una relación erotizada con el analista. Dice algo, y no lo dice en abstracto, lo dice en la interacción, en la relación conmigo, y en función de algo que es mi propia modificación.

SEGUNDA VIÑETA

T: ¿En tu casa?

C: Sí... y atravesó 4 ó 5 apartamentos pequeños, que estaban vacíos, con todo dentro, allí estábamos yo y mi madre y algunos amigos, yo pasaba por ese camino que no había sido cerrado. Tenían tanto miedo que no habían cerrado la casa nada, la cerradura estaba rota, ametrallada, entonces cogí una horquilla del pelo y entré. Pero, era bastante difícil.

T: ¿Cuándo te oigo contar esas cosas, no llego a entender si eran buenas para tí, o no?: ¿Si tienes un buen recuerdo, o si es malo?

C: Tengo uno en parte malo, y en parte bueno. La parte buena es un poco la primera, porque podía entrar en las cinco casas, protegiéndome, si disparaban y daban a la primera casa, me metía en la segunda. Entonces todavía tenía cinco casas y en total tenía seis, así es que podía hacerlo sin peligro.

T: ¿No tenías miedo de todo eso?

C: No.

T: ¿No era peligroso?

C: Nos divertíamos.

T: Os divertíais.

C: Bueno, a menudo encontrábamos huellas.

T: Huellas, ¿de qué?

C: De sangre.

T: Sangre, ¿de quien?

C: De hombres muertos.

T: ¿Hombres muertos?

C: Sí, había uno que estaba escondido en el séptimo, disparó y recibió a su vez una bala y oí «voy a morir» era hora de irme, yo no había sido muerto y mi madre que no es muy valiente, no estaba, ella tenía cangelo.

T: ¿Y tú?

C: Yo, como ella. Fui a ver a los que estaban, contra la cuneta había dos que estaban, ¡dac!, disparaban contra mi casa, había la segunda, yo corría. Lo peligroso eran las puertas.

T: ¿Cómo las puertas?

C: Del apartamento.

T: ¿Por qué?

C: Ellos podían abrir las puertas y coger todo lo que había dentro, cogían y onían una bolita, una pequeña bomba para hacer saltar las cerraduras, saltaban en seguida y podían entrar en todas las casas y llevarse todo y guardárselo. No lo hicieron, no pudieron, la puerta de abajo, del garaje estaba blindada, eran dos puertas de hierro, automáticas y además, había dos rejas delante de las puertas.

T: Entonces ¿Tu casa estaba bien protegida?

C: Sí, pero había que salir a comprar, y ¿Como lo podíamos hacer?

T: ¿Como lo hacíais?

C: Eso me pregunto yo, un día, la portera no quería que hiciéramos un agujero para ir de una tienda a otra. Decía: «No, si ellos abrirán la puerta... guiauguiau...! No quiso. Luego ella también tenía hambre, estábamos todos encerrados. Había diez delante y diez detrás, no era fácil. Insistieron largo tiempo, empezamos a oradar y del otro lado, oímos pasos que caminaban suavemente, cogí una gran piedra, sabe?, de esas redondas y las hicimos rodar por el agujero. Eran grietas que habían hecho los que no estaban a favor de los franceses, sólo asomaba el final de la metralleta, cuando alguien llegaba... tagadá tagadá... así todo el día, mataban, mataban.

T: ¿Entonces, gracias a tu piedra no podían seguir matando?

C: No la piedra, la habíamos hecho rodar, primero para tapar el agujero.

T: Para taparlo y ¿Qué no pudieran disparar?

C: No, si no tapábamos el agujero, podrían entrar por allí debajo y decirles a los otros, «venid, hay franceses dentro», y todo el mundo podía entrar por ese agujero... Hubiéramos estado perdidos, por eso lo tapamos.

T: Sí.

C: Lo tapamos, pusimos piedras.

T: ¿Eras muy ducho en todo ésto?

C: Si, estoy cansado.

T: ¿Eras como un soldado?

C: Si bueno, como había soldados muertos que tenían una metralleta a veces la cogía, así para divertirme, veía que no estaba cargada y apuntaba a los malos que estaban allí y aprieto el gatillo, clac, fagadadadá, no lo maté, pero... era una metralleta recargada. Era de esas que se plantan en el suelo y tiene una caja llena de rollos, bombas, balas, que se cargan.

T: ¿Disparaste contra los soldados?

- C: No, yo no pude recargarla.
- T: Sí, pero me has dicho que disparaste. ¿Es verdad eso, o es un sueño que te hubiera gustado realizar?
- C: Es un sueño que me hubiera gustado realizar, si. Al principio cuando aquello empezó a disparar...

Como ustedes ven, permanezco sentado a cierta distancia del material, abundantísimo, que me comunica y, lejos de interpretar, permanezco a un nivel de realidad, ejerciendo una forma de reality testing para informarme mejor de su capacidad para discernir. Observo un momento de crisis en esta conversación, el suspiro lleno de duelo del niño, en el momento en que le pregunto si su narración es sueño o realidad, índice evidentísimo de que su comunicación para él tenía, a la vez, un nivel hedonista tanto como económico.

En cuanto al retorno de lo reprimido, esto está por todas partes en un material altamente metafórico, las cinco salas atravesadas por una bala y que permiten que se refugie cada vez más lejos, para evitar los temores que producen los bombardeos, el hundimiento del refugio, etc... Después la figuración del cuerpo materno abierto en agujeros que hay que obturar urgentemente con piedras, objetos parciales fecales, al fin el triunfo omnipotente del sadismo que le permite recuperarse como existente en un entorno totalmente destructor. Triunfo, maníaco naturalmente, que se explicita únicamente a nivel verbal y que no implica las descargas motoras a las cuales estamos acostumbrados en las curas de niños.

En esta secuencia hay momentos de crisis, para él y para mí, inquieto por un material fantasmático que roza el delirio o las ideas delirantes: fracaso neurótico que marcaría el paso a la organización psicótica, de la cual el observador percibe la proximidad. El niño parece con tristeza, ante mi pregunta parece renunciar a su fantasía maníaca para volver a centrarse en la realidad, en la narración de este material verbal tan investido, que

adquiere una calidad de trabajo psíquico cuya importancia es grande **para la conservación y preparación de la relación objetal**, tal como se esboza en esta consulta.

En mi escucha, el sujeto halla la forma de introducirse narcisistamente y de movilizar mi interés, preparando la «situación a dos» sin verse amenazado demasiado por la seducción o por la destrucción. Trata de dominar su situación y tolera la gratificación que experimenta y que nota como algo urgente.

Volviendo a nuestros prolegómenos, de la satisfacción alucinatoria del deseo a una narración, a una ensoñación nos hallamos enfrentados a idénticos mecanismos tendentes a garantizar la continuidad de la investidura narcisista y objetal, y toda ruptura en este proceso es algo amenazador, del tipo de lo que Green definió como la **desobjetalización**. Y aquí llegamos al punto central de la amenaza que gravita sobre el funcionamiento del aparato psíquico del joven psicótico. Es muy precisamente la discontinuidad o la ruptura de esta investidura y toda maniobra terapéutica deberá atender a restablecer esta continuidad. Este es el objetivo último de la cura psicoanalítica.

En la organización neurótica, el trabajo del lenguaje introduce lo que metafóricamente se designa como una distancia o como un dominio, y lo que se podría designar también como evitamiento de la cosa insoportable a percibir.

En el relato, el lenguaje es no sólo información o comunicación, no sólo cumple la función defensiva evocada más arriba, sino que es inductor de los sentidos, de las modulaciones, de la variable placer-displacer, de los movimientos de las figuras conflictuales. Es esta una idea de René Angelèrges.

Diatkine nos dice que estas no son las particularidades dramáticas de los fantasmas inconscientes, que permiten prever las predisposiciones a la neurosis o los riesgos de desorganiza-

ción psicótica ulterior, sino su utilización en función del principio placer-displacer.

Volviendo a la clínica, la ensoñación que este niño elabora ante el observador se inscribe muy bien dentro del régimen de la relación de objeto, de la falta de placer que tiene en volver al nivel de una cierta realidad cuando le invito a ello. Mi intervención inhibe su producción, tiene, probablemente, una connotación superyoica, al mismo tiempo que yo ejerzo un papel de paraexcitación de una estimulación interna que viene de una realidad brutal, difícil de representar.

Cuando hablo de realidad es, por supuesto, una realidad interna; quiero decir que la representación empieza en la identidad de percepción y, que tan solo introduce de forma insuficiente esta distancia que no es más que la de lo simbólico. En otras palabras, **no hay distancia entre el objeto interno y su verbalización, confusión entre significante y significado**, como se decía en lenguaje lacaniano, es otra vez el fracaso de la organización neurótica que intento mostrar en este trabajo.

Ahora podemos seguir la continuación de la entrevista, veáis y oiréis que mi intervención se detiene en el despliegue del proceso primario y que su aparato de pensar y de representar vuelve a funcionar, por lo menos de forma temporal, según el proceso secundario.

TERCERA VIÑETA

T: Un niño de 10 años debe tener miedo de tantas balas pasando por delante.

C: Hum, había muchos desde que empezaron a disparar, los aviones no entraban al aeropuerto, habían tanques debajo y si algún avión quería aterrizar le disparaban. Tac! el avión se estrellaba.

T: Así que ¿Estuviste contento de poder salir de Luanda?

- C: Sí, pero nos fuimos antes de que empezaron a cerrar, porque habían empezado... los tanques empezaron a atacar el aeropuerto.
- T: ¿Todavía sientes miedo? Hablas mucho de esa guerra.
- C: No, no tengo miedo.
- T: ¿Sueñas por la noche?, ¿Piensas en ello durante la noche?
- C: No. Hay veces que pienso que hay un fantasma en mi cama. Hay un oso y todo, entonces cada vez doy un salto.
- T: ¿Piensas que hay un fantasma o un oso en tu cama?
- C: Sí, eso es, cuándo lo sueño empiezo: ¡mamá!, ¡mamá!, ¡mamá!, después me paro de golpe. Tengo un conejo en la cama, duermo con un conejo de peluche, me encanta, y cuando siento el conejo detrás, en la espalda, me da la impresión de que es una mano, entonces doy un salto. Nunca me he dado un golpe, no tengo bastante fuerza.
- T: ¡Ah, ah, hasta el techo!
- C: No tengo tanta fuerza.
- T: No, Cristian, me gustaría que me explicaras algo que me extraña, ¿Qué es lo que te da más miedo: las balas de Luanda que silbaban en el aire o el oso y el fantasma de tu cama?
- C: Creo que las balas que silbaban en el aire.
- T: ¿Eso te daba más miedo?, pero hablabas como si no fuera así.
- C: Si una bala hubiera atravesado las persianas mientras yo miraba alguna casa... hubiera podido matarme y hacerme caer al suelo. Nos salvamos.
- T: Entonces ¿Tenías más miedo en Luanda que en Suiza?
- C: Si, los primeros días que dormí allí, soñé que nos metían a dos en una tienda, que encendían la mecha y que se iban, nos apretábamos contra un muro... la primera vez...
- T: Aquí en Lausanne tienes miedo... no tienes ya miedo de los soldados que disparan con sus metralletas.
- C: Ya no pienso en eso.
- T: Ya no piensas en eso, aunque piensas mucho, me cuentas muchas cosas, pero ¿Tienes miedo de un oso, de un fantasma que podían estar en tu cama?
- C: Si, pero son sueños.
- T: Son sueños. ¿Quieres contarme tus sueños?
- C: Un día soñé que un bandido, había logrado llegar a casa y se había disfrazado de enfermero.

- T: ¿De enfermero?
- C: Y yo insistí en ir en la ambulancia para acompañar a mi madre al hospital.
- T: Ah, ¿Era un señor que venía a buscar a tu madre?
- C: Sí porque ella se había puesto mala.
- T: ¿Está enferma tu mamá?
- C: No, un día –es un sueño– un día... me quisieron.
- T: ¿Entonces?
- C: Había coches de policía. Entonces, ellos tenían la obligación de llevar a mi madre al hospital. Detrás, había dos policías en moto y un coche de policía delante. Si disparaban y un hombre lo veía, llamaban enseguida a la policía y... los detenían.
- T: Pero cuéntame tu sueño. ¿Como se acababa?
- C: Se acabó con que ella se curó. La vuelvo a ver. Me volví sucio porque no podía... me bañaba pero no tenía alimento, no trabajaba... me fui de casa. Mi madre había dicho: ¿qué haces niño sucio?, no hay nada que comer, no hay agua, ni gas, ni electricidad, entonces decidió irse. Dijo: claro, yo estoy enferma y volvió a trabajar.
- T: Si lo he entendido ¿Era un bandido el que quería raptar a tu mamá?
- C: Si.
- T: Hum hum...
- C: Seguramente los bandidos... mi madre ganaba mucho dinero.
- T: ¿Tiene mucho dinero tu mamá?

Cristian, cuando se lo pido, me habla de sus sueños, nos cuenta un primer sueño elemental, el sueño en el cual está en un tanque, se enciende una mecha y ese tanque explota. Fracaso del sueño porque la angustia que le invade no le permite ninguna elaboración de la pulsión destructiva, pulsión de muerte.

Michael Fain hizo aquí mismo en Madrid un relato sobre el sueño que explica bastante bien este problema de los sueños en la psicosis, donde el aparato psíquico se encuentra desposeído de sus mecanismos adaptativos; en cambio, en el sueño

de la ambulancia se descubre una situación típicamente neurótica edipificada, elaborada, donde el grueso del preconsciente está completamente recuperado. El que le persigue intenta quitarle a su madre y las defensas, bien constituidas, metaforizadas por los policías, le protegen contra la angustia de separación.

Observaremos este paso bastante dramático donde se describe abandonado y hambriento, dice; —«me había vuelto sucio, porque... me podía bañar pero... en fin no tenía alimentos y tampoco trabajaba. Me fuí de casa, mi madre había dicho, ¿qué haces, pequeño sucio? , no hay nada de comer, ya no hay agua, ya no hay gas, ya no hay electricidad—, entonces decidió irse y dijo; —claro, yo estoy enferma, y entonces volvió a trabajar»—. Abandonado, hambriento, helado, sucio, sin ninguna ayuda materna, la construcción poética del relato se conserva perfectamente y el observador, de repente, se encuentra tranquilizado en cuanto a la capacidad contenedora del Yo. Pero esto no resiste, o sea, no es algo que podría permanecer unido, no es coherente y el relato del niño se va empeorando de nuevo, se ve infiltrado por el proceso primario.

CUARTA VIÑETA

C: Ganaba cien mil francos.

T: De acuerdo. ¿Pero que es lo que te da miedo, de que tu madre ganara mucho dinero?

C: Cada vez, yo me decía lo mismo. De golpe, cuándo vi que la ambulancia había raptado a mi madre, grite, en el tercer sueño, yo me creía realmente esa historia. Grite, vino mi madre, me preguntó y le conté el sueño. Empecé a chillar, chillar, chillar, desperté a cinco pisos.

T: ¿Tienes miedo de que te separen de tu madre?, ¿Te ha ocurrido, el estar separado de tu madre?

C: Sí, en el internado.

T: ¿Donde estaba?, ¿En Luanda?

C: Aquí.

T: ¿Aquí? ¿Dónde? ¿Aquí, en Lausanne?

C: No, aquí, cerca de Lausanne.

T: ¿Estuviste mucho tiempo?

C: Sí, seis meses.

T: ¿Echaste de menos a tu mamá?

C: Sí, un día le escribí una carta: «mamá, me aburro. Sácame lo antes posible de este sitio, te echo mucho de menos...» Cuando ella leyó la carta... siempre insistía en lo mismo. Empezaba a aburrirme, y dijimos: sabe? íbamos a darnos un baño en la piscina, era verano. Encontramos una serpiente de mar.

T: ¿En la piscina...?, ¿Qué hiciste?

C: Había un lago al lado de la piscina.

T: ¿Qué hiciste?

C: ¿Qué hice? me sumergí. Además era una hembra, una serpiente hembra que tenía cinco bebés con ella.

T: ¿Una serpiente de mar hembra?

C: Sí, la serpiente.

T: ¿Con cinco bebés? Explícame cómo...

C: Pasó así: era una piscina grande, no se la vació porque los bebés no hubieran tenido bastante fuerza, cogimos una balsa grande. La madre nos quería morder, casi lo logra con uno de nosotros. Pero habíamos puesto delante a los bebés, porque si no la madre no se hubiera dejado hacer... ya que hubiera creído que le íbamos a quitar los bebés. Primero pusimos los hijos, después la madre, la madre estaba tranquila al tener los bebés. Si no, ella nos hubiera mordido a alguno de nosotros. Así estuvo bastante bien.

T: ¿Pero debía dar miedo, no? una serpiente de mar que muerde.

C: Atacaba cuándo no tenía a los hijos.

T: Es un sueño...

C: Ella volvía al ataque contra nosotros, como se recarga un cañón.

T: ¿Tienes miedo de que te rapten a ti también?

Es un relato en el que fantasía y sueño están mezclados. Otra vez Cristian hace un relato imaginario en el cual confunde fantasía y realidad, alejándose completamente de lo objetivo

para ser únicamente subjetividad. Sueño y delirio tienen su fuente en la conjunción del proceso alucinatorio y del proceso perceptivo, realizándose, según Angelèrges, en la función del lenguaje. Percepción y proceso alucinatorio, por supuesto, no excluyen la realidad exterior sino que la tratan. Además, el sueño, la ensoñación y el delirio, tienen en común que no se manifiestan más que por el relato que hace de ello el autor para un oyente.

Esta transitividad del sueño y del delirio no deben confundirse con la que presidió su elaboración, ya que la necesidad de un destinatario del relato enriquece mucho el campo de elaboración. Aquí podríamos añadir que el trabajo del sueño, de la ensoñación o del fantasma no está lejos de una solución delirante, porque se realizan todos por la necesidad de enmascaramiento de deseos inconscientes de la primera infancia.

El material que nos aporta Cristian es una demostración transparente de ello; la mujer serpiente de mar, ya ambigua en su significante, lleva consigo la imagen interna a los confines de la alucinación, madre omnipotente y peligrosa, al mismo tiempo que dispuesta a defender a sus hijos contra las amenazas exteriores y particularmente las que podrían separar, romper la relación de objeto, y por ahí hacer entrar al sujeto en la percepción terrible de la discontinuidad del funcionamiento de su aparato psíquico. Esta endopercepción es cegadora, mal ordenada, sin distancia y es de nuevo el signo del fracaso de los mecanismos neuróticos, conservadores de la unidad del Yo. Durante 30 años al frente de un servicio universitario, intenté enseñar a mis alumnos los elementos de una clasificación de las enfermedades, nosografía esencial para nuestros intercambios científicos. La seguridad que permite un saber de la enfermedad mental, se comprueba en el éxito de un DSM III, por ejemplo.

Puesto que estamos aquí en medio de colegas psiquiatras infantiles, diré que, al igual que con nuestros otros pacientes, sometimos el dossier de Cristian al mismo ejercicio, niño angus-

tiado sin demasiados síntomas, ni en cuanto a los afectos, ni en cuanto al comportamiento esencialmente inmaduro. El niño presentaba, sin embargo, un retraso importante en cuanto a su desarrollo escolar, con un retraso selectivo a nivel del lenguaje, como han podido oírlo, del lenguaje escrito, sobre todo. Es lo que nos llevó a hablar de una **disarmonía evolutiva**, observando un aspecto psicótico de su funcionamiento psíquico, según la descripción que hizo de ello Ajuriaguerra.

La madre lo rechazaba profundamente y era absolutamente inadecuada, a pesar de nuestras múltiples intervenciones. Este pequeño paciente llegó finalmente a una institución terapéutica, luego fué a una institución escolar donde se quedó hasta la edad de 16 años. Entonces era un adolescente un poco triste, coartado, recuperado en cuanto a su funcionamiento intelectual, es decir, que no se había disminuido y esto seguramente debido al psicoanálisis. Adecuado a sus adaptaciones sociales y escolares, aunque siempre seguía teniendo dificultades en el lenguaje escrito, la última vez que tuve la ocasión de verle se preparaba para una formación de informático.

El psicoanalista liberado de preocupaciones pedagógicas puede hacerse antinosográfico. Cristian es un niño que funciona en un plano normoneurótico con desajustes del Yo, por lo menos en esta corta observación, que nos deja perplejos en cuanto a su futuro. Todo ésto, y me gustaría insistir sobre ello, está muy vinculado a mi presencia, a mi escucha y a mi actitud y **creo que nunca se insistirá bastante en que el cuadro observado en nuestros pacientes, su actitud, su discurso y su contenido, son los productos de una interacción dinámica.** Esto es todavía más cierto para el niño que para el adulto; el joven sujeto se moldea literalmente, tanto en sus conversaciones como en sus juegos, a lo que cree percibir del deseo del adulto. En Cristian ésto ocurrió, puesto que el colega psicólogo que le vió después que yo, lo vió bastante retraído, frío, poco comunicativo y muy reservado. Esto para recordar más precisamente cuán prudentes debemos ser en esta categorización diagnósti-

ca y particularmente cuando se trata, como aquí, de una observación corta y no repetida.

Hoy hablaría, en cuanto a este niño, de un estado límite y evitaría estas formulaciones disociadoras que describen una parte neurótica y una parte psicótica del aparato psíquico. El Yo sigue siendo uno, se trata de un todo, siempre original en su funcionamiento tal como me esforcé en explicárselo esta tarde. Yo luchando para conservar su cohesión y sus límites pero constantemente en peligro, debido a las rupturas de sus sentimientos de continuidad y dependiendo demasiado de la dispersión del objeto para poder funcionar a un nivel superior, niño del sueño que gracias a esta actividad poética se tranquiliza y conserva consigo mismo un contacto íntimo, que atenúa los rigores del encuentro objetal.

COLOQUIO

Concha Santos (Madrid). Me pareció preciosa la exposición del profesor Henny. Y cuando iba viendo la secuencia que nos trajo del niño, me parecía bastante evidente cómo derrapaba de la realidad en muchos momentos. Lo que sí me pareció más difícil de entender, al menos yo no pude percibirlo, es lo que él señalaba de los trastornos de lenguaje, es decir, que hace alusión a problemas importantes del lenguaje y yo, cuando lo veía, pensaba que era un chico con un desarrollo bastante bueno del lenguaje, incluso mejor que lo normal y me gustaría que nos comunicara donde están estos problemas.

Rene Henny (Lausana). Voy a contestar en seguida porque es una cuestión muy concreta. Sí, es cierto que clínicamente, uno tiene la impresión de que se trata de un niño muy adelantado. Pero durante la investigación psicológica obtiene una puntuación inferior a la normal. Según la logopeda que le examinó, una disfasia bastante importante, que un francófono ve muy claramente en esta entrevista, muchas veces se para cuando está hablando.

En realidad, empezamos a ocuparnos de este niño cuando tenía 8 años; a los 10, llevaba 3 años de retraso de edad escolar, no sabía leer en absoluto, o sea, que es un trastorno muy importante de funcionamiento instrumental a este nivel y esto es lo que nos llevó a hablar de disarmonía evolutiva. Dije en mi introducción que a los 6 años todavía no hablaba francés (y el francés era su lengua materna), tan sólo hablaba portugués que era la lengua de la criada que se ocupaba de él. Así pues, qui-

zás esto sea uno de los orígenes de sus dificultades, un motivo, entre otros, puede ser un trastorno de la función simbólica.

Juan Manzano (Ginebra). Es un pequeño comentario sobre este mismo punto, porque es verdad que el caso es muy interesante. Yo creo que sí, que se ve el aspecto disfásico al lado de una aparente facilidad del lenguaje. Es una aparente facilidad. En un momento dado, en efecto, como Concha, yo me he dicho: este niño, ¡qué pronto se expresa y con qué facilidad! Pero después, es verdad que se capta esta especie de lenguaje un poco yo diría... no quiero utilizar el término falso pero... un poco no asimilado, no correspondiendo verdaderamente a una elaboración, es decir el lenguaje dando signos clínicos de que (justamente esto es lo que yo creo que ha ilustrado muy bien Henry), los procesos de pensamiento que están en la base del lenguaje, no eran utilizados para lo que están hechos, desde el punto de vista de nuestra concepción de la organización psíquica y eso se podía captar clínicamente, detrás de esta aparente facilidad.

Yo también observaba, en relación con esto que acabo de decir, una cierta dificultad de identidad, el aspecto de identificaciones de este niño, en algunos momentos yo estaba pensando que era una niña, había algunos signos que permitían pensar en eso. En fin, esto es un comentario clínico.

Yo quería también preguntarte, **¿cual es el valor que puede tener la intervención breve en una consulta terapéutica?**, ¿Cuales son los límites y la extensión de esta intervención?, Es uno de los problemas más interesantes que nos planteamos en la asistencia.

Rene Henny (Lausana). Es por esto que le llevamos a una institución terapéutica, que no sólo permite el desarrollo de un psicoanálisis, sino que está en un entorno terapéutico que ayuda a los cuidados a llevar a cabo. Creo que no conseguimos «curarlo» porque yo no sé lo que quiere decir curar para un psi-

coanalista, pero lo que pudimos hacer, fue evitar que este niño se volviera absolutamente anormal y esto es muy importante. Pero en fin, afectivamente siguió siendo un niño triste y no es gratuitamente que escogió una formación de informático, creo que será como estos matemáticos, un poco secos, o quizás como estos investigadores que en su organización psicótica trabajan en solitario y funcionan muy bien en este aspecto, pero no se si será un buen marido o un buen padre, en realidad...

En cuanto a su capacidad emocional y afectiva, sin duda perdió algo y a mí me sorprendió mucho, porque estuve varios años sin verle y tuve que comparar la imagen interior que tenía de él, esta imagen de niño de sueños. Cuando describe su abandono es absolutamente extraordinario, o sea, tenía una capacidad afectiva y emocional que me parecía muy bien conservada, pero durante su adolescencia y a los 16 años, se había transformado en un adolescente bastante frío, un poco triste y frío, que había perdido esta frescura infantil.

Entonces, ¿qué hacemos instaurando un tratamiento psicoanalítico?, ¿destruimos la capacidad poética del niño?, ¿qué ocurre?, ¿introducimos aquí una latencia mediante procedimientos de represión, más que de retraimiento, qué decapitan al niño y que le roban una parte de su creatividad?, ¿qué quiere decir curar de una capacidad fantasmática rica, para entrar en la realidad?

Pues finalmente, el «pequeño príncipe» de Saint Exupéry, ¿es un niño psicótico que nos permite soñar con él?, y en el momento en que se vuelve a su planeta y le pide a la serpiente que le muerda, ¿es el momento en el que hubiera podido transformarse en un escolar que se porta bien.? No lo sé pero, en fin, es una idea que me obsesionaba cuando me ocupaba de niños, es saber si el psicoanalista por su actividad interpretativa, decapita algo de la creatividad del niño. Pero esto es un campo muy amplio, yo no digo que este sea forzosamente el caso, pe-

ro creo que debemos hacernos la pregunta y de una forma psicoanalítica.

Esto es lo que he intentado mostrar diciéndole a ese chico, ¿es un sueño o lo que me estás contando es verdad? y haciendo ésto, o sea, interviniendo, volviéndolo a traer a la realidad, sin duda rompía algo de un movimiento del orden de la creatividad imaginaria.

Debo decir que personalmente yo conservé como una anafilaxia hacia el psiquiatra que favorece el delirio, yo fuí formado en una época en la que la habilidad suprema del profesor de psiquiatría, consistía en hacer venir a un joven estudiante al estrado y mostrar a los otros estudiantes, como se podía desencadenar un delirio. A mi este tipo de demostración siempre me pareció abominablemente patógeno, y me juré no hacer nunca psiquiatría, o por lo menos no provocar el delirio en el sujeto frágil.

Dieter Bürgin (Basilea). Es un ejemplo sorprendente de entrevista y me gustaría formularte algunas preguntas. Acabas de decir que habías decapitado una capacidad de sueño, de sueño creador, ¿acaso no es lo contrario?, es decir, has llevado a este niño a un funcionamiento diferente, le has sometido a cierto sufrimiento, ha hecho un movimiento así, fuuuu, un suspiro y ha sido un movimiento de un buen padre. Tú habías dicho de su padre que era un padre inexistente, perdido. Pues bien, un padre existente interviene en el diálogo, con lo que permite al niño distinguir fantasma y realidad exterior.

Fantasma es la identificación con una figura masculina de ametralladoras que matan, mientras que en el diálogo, has abierto un espacio en el que hay la posibilidad de identificación con una figura totalmente distinta.

Mi pregunta sería, pues, ¿cuál es el significado del padre inexistente y el significado del efecto traumático de una vivencia de guerra en este niño? La vivencia traumática es evidente, es-

te niño vivió varios traumatismos actuales, y hubiéramos podido interpretar perfectamente este fenómeno, en el marco de una neurosis actual.

Rene Henny (Lausana). Sería que este niño tenía por fin algo que añadir, que sobreponer a una angustia, flotante, no ligada, si los elementos perturbadores le permitieran establecer este nexo y organizar su fobia. A propósito de esto cabría preguntarse si eso no es tan destructor y tal vez algo positivo, yo personalmente no lo creo. Creo que nunca es positivo colocar a un niño en una situación de guerra, ni a un niño, ni a una niña, ni a una mujer ni a un hombre, la situación de guerra es algo desgarrador y atroz, y es algo que debemos condenar, pero el material que él utiliza es éste, a fin de establecer una relación soportable y que no sea demasiado peligrosa.

En este sentido yo lo interpretaría y le digo –hablas mucho de esta guerra, podríamos hablar de otras cosas?–, le digo al niño, y al final estaba contento cuando me contaba que tenía miedo de un fantasma o un oso, ésto me contentó un poco. A mi me hubiera gustado mucho que me contestara –tenía más miedo del fantasma que de la guerra–, pero desgraciadamente no lo dijo.

En cuanto a la función del padre, creo que planteas un problema para el próximo Congreso de SEPYPNA, porque es enorme. El padre como apoyo simbólico, todo lo que se ha dicho del padre sigue conservando gran pertinencia. Les recordaré que Sigmund Freud hablaba del conflicto con el padre, con el padre de la prehistoria personal y no la madre, menos la madre, la madre viene después.

Freud habla del padre, también se podría decir los padres pero, no sé, creo que en efecto hay, no una fractura, pero sí la organización de una metapsicología complementaria, entre la psicopatología del objeto padre y el objeto madre. De todas formas el niño no existe sin un padre y sin una madre, y Cristian

tiene un padre, tiene un padre interior que se le ha descrito en términos seguramente muy positivos, el padre murió el día de su nacimiento, la madre le dijo que había tenido un accidente el día que nació, siendo así que se había suicidado cuando ya el niño tenía un año, en fin, la organización del secreto familiar, es más patógena de lo que yo pueda ver, nosotros no tocamos para nada esto, porque era la madre la que debía hablar con este niño de estas cosas.

Finalmente sería útil, creo yo, entre psiquiatras infantiles y de adolescentes, hablar del papel del padre, no solamente del padre en la realidad, del padre interior, tal como Dieter acaba de decir.

Pola Tomás (Madrid). Todos nos hemos estado refiriendo a la forma de hablar del niño y también al tipo de producción mental del que habla, que es un lenguaje muchas veces delirante. Ahora, yo pienso que si se hubiese cortado la voz y no nos hubiese llegado el lenguaje hablado y solamente hubiésemos mantenido las imágenes, ¿qué habríamos visto?, habríamos visto, lo que a mí también me llamó la atención además de la palabra. Es un niño que ha adoptado una posición de adulto, completamente encajado en un sillón, que no es una cosa habitual en un niño de 10 años, —a mi me habría preocupado—, pero que estaba todo el tiempo gesticulando y tratando de expresar con las manos, también movía las piernas, también a veces miraba o dejaba de mirar, yo creo que buscaba con la mirada o dejaba de buscar, se conectaba o se desconectaba y al final se da vuelta sobre algo que me parece que es una lámpara o el escritorio, como en un movimiento de retraerse.

Yo, ya que René habló de que la madre se introduce, no directamente a través de Freud, que tenía una gran idealización, yo creo, de la madre, de su relación con su propia madre, si no que llega a través de Londres y también a través de Buenos Aires. Ya que he hablado de Buenos Aires, he recordado a David Liberman, que ha sido uno de los grandes psicoanalistas argentinos.

El nos enseñó a ver, yo creo que mejor que nadie, **los aspectos defensivos del lenguaje**. Para mí este niño habla demasiado adultamente aunque delire, yo creo que le falta una unión entre su forma de expresión, dirigida en su discurso hacia quien en ese momento le está escuchando y la emoción que está completamente disociada. Es decir, la emoción fracasa en ser expresada, porque creo que tiene un movimiento muy armónico, muy suave, donde no expresa para nada lo que un niño, si se atreviera a jugar o a dibujar, podría expresar.

A mí no me extraña nada que no sepa leer, creo que no puede saber leer porque, en general, los niños que saben leer, o que pueden aprender a leer, son los niños que antes han sabido jugar y han podido también expresarse con el cuerpo.

Fernando Cabaleiro (Madrid). Querría preguntarle, al doctor Henny, qué piensa sobre esa calidad del discurso del niño en el que hay todo ese aspecto delirante, que puede ser la búsqueda, en un movimiento un tanto maníaco, de encontrar en su mundo interior la forma de llenar el vacío, la discontinuidad, de la que él hablaba, ¿qué piensa de la calidad del discurso?, porque indudablemente es un discurso que tiene una cierta fascinación, que está hecho también para atraer la atención del otro, es un discurso que busca al otro, que no está solamente en una búsqueda puramente delirante del mundo interno, sino que, me pareció percibir a mí en todo caso, que había una búsqueda de relación. Y, en base a eso también la indicación de un trabajo analítico, me parece que es adecuada, estoy de acuerdo con el profesor Búrgin, cuando dice que merece la pena un trabajo analítico. Yo creo que con este niño mereció la pena, porque creo que difícilmente podría encontrarse a sí mismo, aunque fuese de una manera y en una situación deprimida.

Quiero hacer otra pregunta más, porque conozco la forma de trabajar del profesor Henny y sé que es tremendamente prudente en sus indicaciones, incluso preguntándose si en este caso sería o no necesario un análisis para este niño. Para mí, es

indudable pero, cuando a menudo escuchamos hablar de las neurosis infantiles y cuando oímos decir que todo niño, en la medida en que los padres lo deseen, es susceptible de un análisis, yo pienso que hay indudables riesgos de que cualquier niño pueda ser sometido a un análisis, y concretamente un niño con una neurosis infantil, síntomas más o menos evolutivos. Quisiera escuchar su opinión.

Rene Henny (Lausana). Disociación, Pola decía antes, entre la motricidad y el contenido del discurso, disociación entre el contenido y el afecto. No estoy seguro, en ciertos momentos sí, pero en otros no.

Cuando se describe como niño abandonado en el sueño «no había agua, no había electricidad, no había gas, tenía hambre etc.», el afecto y la función poética del lenguaje está, y los enlaces están ahí, estamos a un nivel de funcionamiento adecuado, lo que es sorprendente, y el ejemplo corresponde a toda nuestra experiencia en clínica. Los niños funcionan constantemente a niveles diferentes. Cuando sólo funcionan a un nivel es que son muy graves; él no, él funciona a toda una serie de niveles distintos y, en cuanto a esto, se podía decir que hay cierta flexibilidad de mecanismos de defensa y de capacidad para adaptarse a la relación que se establece conmigo, y tal y como se establece conmigo. Naturalmente, yo soy el elemento que lo pone en peligro, es probable que si hablara en el patio de la escuela con un amigo, haría un discurso totalmente distinto, no creo que tengamos que engañarnos con respecto a esto.

Pero ahora, Cabaleiro me plantea una cuestión un tanto provocativa, tiene recuerdos turbadores y dice que yo soy muy prudente... No, no, no!, nunca hubiera discutido ante un cuadro semejante acerca de la indicación de un análisis, es evidente que es la indicación mayor, primera, y no se discute; y entonces alude al consejo de Melanie Klein, –todos los niños son susceptibles, sería deseable que todos los niños se sometieran a un psicoanálisis– y creo que en el grupo de Londres los analistas han seguido este consejo muchas veces.

Mi respuesta es, en primer, lugar la de un responsable de una institución comunitaria: es imposible tratar a todos los niños, hay que tratar a los niños que tienen posibilidades de beneficiarse con un tratamiento. El rendimiento de una institución tendría que ser óptimo. Niños psicóticos en serie en una institución como la nuestra, bloquearía todos los servicios. Niños fóbicos o con trastornos menores, en poco tiempo se hubieran beneficiado de forma evidente de la intervención de nuestro centro. Creo que hay problemas de economía, de la administración de un servicio que desborda las indicaciones incluso para el análisis. Un analista que funciona en régimen privado, no tiene que hacerse ese tipo de observaciones. Pero es evidente que Melanie Klein tiene razón, había que beneficiar a todos nuestros niños de un psicoanálisis, con una condición: que todos estos niños cayeran en manos de buenos analistas, y este es el problema.

No es necesariamente lo más extendido, pero ha habido intervenciones psicoanalíticas que no se han conducido según el ideal que tenemos de ello. Si verdaderamente un niño que presenta una organización relativamente banal, sin síntomas mayores puede beneficiarse con un análisis con un buen analista, estaré encantado por él y por el pronóstico de su existencia. Creo que el más importante de los grandes descubrimientos de Freud, no es precisamente el inconsciente (por mucho que me gane alguna reprimenda ahora): creo que lo más importante que nos ha dicho Freud, es el problema del régimen placer-displacer. Esto es muy importante para la metapsicología freudiana, y Kleiniana también. Un niño que ha podido disfrutar de un análisis, tendrá en su existencia menos falta de placer que en el caso contrario.

Eulalia Torrás (Barcelona). Quería intervenir solamente un minuto sobre este punto: Si es que Klein dice que todos los niños deberían tener la posibilidad de analizarse, y el doctor Henny está de acuerdo con ésto, yo no estoy de acuerdo ni con Klein ni con el doctor Henny sobre este punto, a pesar de que

hasta ahora he estado de acuerdo con él en casi todo: en este punto, no.

Yo creo que si un niño evoluciona bien, no hay que perturbar para nada ese proceso de evolución, sino que hay que dejarlo que evolucione con sus propias posibilidades y entorno. Yo diría que indicar un análisis es el resultado de una consulta, y muchas veces hay que hacer otras cosas y no analizar al niño, y no por falta de medios, sino porque son otras las cosas que hacen falta allí.

Joana Maria Tous (Barcelona). He podido ir observando cómo el diálogo que se ha ido manteniendo, ha ido evolucionando hacia la idea, para mí muy válida, de **poner el énfasis en la interacción**. Ahora mismo la intervención de Pola Tomas nos hablaba de la necesidad de observar lo que se dice y lo que se hace, y como puede ser coherente o no. Esto nos informa muchísimo sobre el paciente. Por lo tanto me parece, que se estaba hablando de la necesidad de comprender la relación que el paciente objeto establece, con el profesional sujeto que le atiende, y a la vez remarcando que esta relación nos muestra cómo son las relaciones del paciente con las diferentes partes de su personalidad.

He hablado expresamente del profesional porque pienso que esta técnica es muy útil en psicoterapia, pero quería yo remarcar cómo la veo importante ya en las entrevistas diagnósticas y en algo que también se formulaba de intervenciones breves. Intentaré decir qué ventajas le veo. Por un lado, me parece que el centrar la atención en el paciente y en la relación que establece, nos permite llegar a diagnosticar el trastorno, sea neurótico, psicótico etc. que presenta, a través de las ansiedades y de las defensas que la situación moviliza. Muchos de los ejemplos clínicos nos permitirían ya hacer unas diferenciaciones claras, entre diferentes pacientes aquí presentados, y a la vez también nos da la posibilidad de hacer una evaluación de los aspectos sanos, por lo tanto, de las capacidades, que tiene el

paciente o la familia que lo trae, de organizar una alianza terapéutica, con lo cual nos da un pronóstico de la movilidad y de las posibilidades, a la vez nos ayuda a buscar tratamientos más adecuados en algunos casos, y no que todo niño neurótico, psicótico, se tiene que analizar o no se tiene que analizar.

Otra ventaja que quería remarcar es que estas entrevistas, basándonos en la comprensión de esta relación, son ya dinamizantes desde el primer momento y por lo tanto tienen un efecto terapéutico. A la vez, el profundizar en esta interacción a mi modo de ver, evita lo que algunos compañeros han apuntado esta mañana y que posiblemente, la mayoría de nosotros hemos vivido, y me refiero al hecho de lo mal que uno se lo está pasando cuando está con un paciente que no acaba de entender, porque no le encaja con cosas que él en aquel momento estaba trabajando. Yo creo que esto posiblemente deriva del hecho, de que muchas lecturas y las teorizaciones, —quiero remarcar también que las creo imprescindibles—, que vamos siguiendo quedaban apartadas o muy poco vinculadas con la clínica.

Si partimos de la experiencia clínica, me parece que buscaremos los autores y escuelas que nos ayuden a entender más a nuestros pacientes, y he dicho autores y escuelas, ya que yo pienso que no hay ningún autor ni ninguna escuela, que nos lo explique todo y que nuestro trabajo es ir, siempre repitiendo de acuerdo con la clínica, ir asimilando nuestra forma de aproximarnos al paciente, las aportaciones de diferentes autores y escuelas, y pienso que de esta forma llegaremos a ser psicoterapeutas y psiquiatras, y no kleinianos y freudianos.

Margarita Mínguez. Después de oír toda la discusión que sobre este caso se ha establecido, a mí se me plantean varias cosas, porque después de ver la filmación, ha habido una serie de datos que se han ido dando aquí en la discusión, que han ido ampliando, —por lo menos a mí me han ampliado— la imagen que inicialmente tenía sobre el caso.

Vemos que es un niño de madre soltera y que el padre, el día que nace el niño, se suicida. Después se dice que el niño, cuando tiene 6 años, nada más entiende portugués. A nosotros nos parece cuando habla, que realmente habla de una forma muy fluida atractiva y seductora, y coincido con Pola, que es un niño que realmente es como un hombrecito, que sabe estar o que aparentemente vende esa imagen de niño. A los 8 años habla francés, yo pienso que un niño que a los 6 años, –imagino que la madre es francesa– habla portugués, nos da un poco la idea de la relación que este niño ha podido tener con la madre, que me imagino que muy pobre. Pasa luego por la experiencia traumática de la guerra y llega a Lausana, y la madre lo pone en un internado. Usted la define como una madre que está en duelo y que no puede investir al hijo, pero es como un duelo permanente, porque a los 10 años el niño tampoco puede retenerlo a su lado, ni ayudarlo a contener todo ese sufrimiento que se une a toda una experiencia de vida, que a mi me parece que ha sido muy traumática para este niño.

En este sentido, me da la sensación, que este niño o este adolescente con el que usted se encuentra después, a los 16 años, que me ha parecido que usted definía después de la experiencia terapéutica, como con falta de resonancia afectiva, a mí me da la impresión que esto, ha sido un mecanismo de defensa más hacia la vida que hacia la muerte, porque si este chico no se encorseta un poco, o no se parapeta debajo de una capa de corcho, yo me planteo que si tiene una conciencia más plena de su realidad, yo no sé si este niño hubiera llegado a los 16 años, o hubiera hecho algo equivalente a lo que hace su padre el día que él nace.

Rene Henny (Lausana). Creo que ha comprendido usted muy bien lo que yo entendí de este niño también, y es cierto que ha debido organizar algo, sea una neurosis o una psicosis, de carácter, que marque profundamente su personalidad, que se desarrolla en el sentido de un sistema, que a pesar de todo

tiende a amputarlo de una parte de sus posibilidades poéticas y creadoras.

A propósito de lo que usted ha dicho antes, a propósito de la importancia para el psicoterapeuta, para el psicoanalista, para el psiquiatra, de haber asimilado lo que los padres o los mayores han podido elaborar y construir, cada uno en su lenguaje, razón por la cual creo es tan importante que el psicoterapeuta trabaje durante toda su trayectoria profesional, para ir recogiendo lo que otros han podido elaborar y construir de sus contactos, con los pacientes que analizan. Y es, pues, en esta cultura, que a la postre se olvida de toda una serie de cosas que ha aprendido; es decir, **la cultura está hecha de olvido**. Es a través de esto, pues, que se llega a una síntesis que es la realización de un Yo terapéutico, de un Yo psicoanalista. Es esto algo muy importante, a mi modo de ver.

Los franceses hablaron de **ecuación personal** para describir este fenómeno que todos nosotros observamos, a saber, cada uno de nosotros tenemos una forma tal vez no de comprender, porque todos entendemos lo mismo más o menos, más bien, diría yo, de reaccionar, con el silencio, o interviniendo, o incluso interpretando el material tal como se nos somete, tal como se nos presenta. Esta ecuación personal no será sino el fruto de toda nuestra formación, en primer lugar, de todo lo que somos como seres y también de nuestra formación a continuación.

Es bastante corriente que jóvenes psicoterapeutas, intervienen y comprenden el material de los pacientes en función de la última lectura. No es un buen signo éste, pero tal vez es un paso obligado, hay que haber hecho esta última lectura y después hay que olvidarla. En este sentido creo que en la formación del psicoterapeuta, sería muy de desear que en las sociedades nacionales intentáramos animar a nuestros candidatos, a hacer unas supervisiones con gente que esté muy lejos de su propia posición o formación, y eso me parece lleno de sentido común.

Podemos compensar hasta cierto punto esta carencia por medio de nuestras lecturas, y si aquí hay cierto número de jóvenes psiquiatras y jóvenes psicoterapeutas, quisiera decirles que a mi edad, puedo decir que no me arrepiento para nada de haber desarrollado este oficio que me mantiene en vida, ya que siempre tenemos el sentimiento de no saber todo lo que deberíamos saber, y que tenemos que buscar el apoyo en nuestras lecturas y en nuestras discusiones.

PRINCIPIOS ORGANIZADORES DE LA INTERACCION PRECOZ ENTRE LA MADRE Y EL BEBE¹

Por Manuel Macías Rocha²

RESUMEN

En este artículo describimos los diferentes estudios que han conducido a la introducción de la noción de «interacción fantasmática» y a su aplicación de la clínica en psiquiatría del bebé. Durante el período consecutivo al nacimiento, las fantasías maternas se originan tan precisamente que se podría hablar de una especie de «escenario imaginario», en el que los personajes de ella misma y del bebé se confunden con otros del pasado de la madre. La articulación de tales fantasías con el desarrollo concreto de las interacciones reales contribuye de manera predominante a la organización de las interrelaciones precoces y a un principio de estructuración del Yo del bebé. En conclusión de este trabajo, evaluamos la importancia de los estudios sobre el bebé en la epistemología contemporánea.

PALABRAS CLAVE

Psiquiatría del bebé – Interacción fantasmática – Interacción real – Fantasías maternas – Escenario imaginario – Secuencias interactivas.

¹ Resumen de la tesis de doctorado defendida en la Facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra el 1 de Febrero de 1990. Título original: «AU DELA DE L'OBSERVATION: Etude théorique-clinique sur le scénario fantasmatique et le scénario interactif dans la psychiatrie du premier âge». Director: Profesor Bertrand CRAMER, Catedrático de Psiquiatría Infantil de la Universidad de Ginebra (Suiza).

² Jefe de clínica. Servicio de Psiquiatría Infantil de la Universidad de Ginebra (Profesor B. Cramer). Chemin des Crêts-de-Champel 41. 1206. GINEBRA, SUIZA.

INTRODUCCION

Numerosos son los trabajos que durante estos últimos años han enriquecido los conocimientos en el campo de la psiquiatría del bebé, lo que ha conllevado a su constitución como disciplina independiente dentro del campo general de la psiquiatría. Gracias a los descubrimientos neurofisiológicos y neuroendocrinológicos, así como a los progresos tecnológicos, que permiten el estudio del feto intra-útero, se ha descubierto que desde el nacimiento (e incluso antes) el bebé posee competencias comportamentales específicas que le hacen capaz de interactuar activamente con su entorno. Por esta razón los fenómenos interactivos perceptibles entre la madre y el bebé han sido objeto en la década de los 80 de muchísimas investigaciones, realizadas sobre todo por los anglosajones.

Los estudios sobre la dimensión imaginaria y fantasmática de estas interacciones se desarrollaron posteriormente a los trabajos precedentes. Mientras que las interacciones reales eran estudiadas sobre todo por los pediatras americanos, los estudios sobre las interacciones fantasmáticas constituyen una iniciativa desarrollada por psiquiatras influenciados por el movimiento psicoanalítico francés. El concepto de «interacción fantasmática» designa la dimensión preconsciente e inconsciente que cimienta la construcción de la interacción clínica observable. Interacción fantasmática e interacción real se influyen mutuamente, puesto que las fantasías configuran la «realidad Psíquica» teniendo en cuenta la «realidad material», mientras que esta última no cesa de provocar la producción de fantasías en relación más o menos directa con lo que acontece. Dicho más concretamente, se necesita un bebé o un feto «reales» para poder proyectar sobre el mismo el «bebé imaginario» así como las esperanzas y proyectos (en la mayoría de los casos más o menos conflictuales) de los padres. Si no la proyección sobre el niño se quedaría en un estadio de simple ilusión. Tal es el sentido de lo que uno de los pioneros de la psiquiatría del bebé, el psicoanalista francés Serge LEBOVICI

(1983) resume en su famosa frase «la mère est créée par le bébé» («la madre es creada por el bebé»). El bebé cataliza y orienta de manera específica el universo imaginario y las fantasías de la madre, debido al impacto traumático del nacimiento, a las reacciones maternas a su apariencia física, a sus capacidades psicomotoras propias, y a todo lo que puede hacer de él un objeto de investimento sobredeterminado.

LA OBSERVACION DE LOS RECIEN NACIDOS

Observar los recién nacidos es una práctica que siempre ha interesado a los hombres de ciencia, y sobre todo a los antropólogos, los etnólogos, los etólogos y los psicólogos. En lo que se refiere a los psicoanalistas en los primeros años del movimiento psicoanalítico estos realizaron observaciones sobre sus propios hijos o en orfanatos y clínicas, animados por la idea de demostrar sus hipótesis teóricas. Una evaluación de estas «observaciones directas» muestra que las mismas constataciones dan lugar a conclusiones diversas e incluso divergentes, ya que las referencias epistemológicas del observador por una parte, y sus fantasías subjetivas por otra parte modifican la aparición metapsicológica de los comportamientos que son observados. Es por ello que desde nuestro punto de vista este tipo de estudios no pueden pretender un rango científico y deberían contentarse con ser un mero ejercicio subjetivo y especulativo que puede, sin embargo, contribuir a la formación de los futuros psiquiatras y psicoanalistas.

El desarrollo que la psiquiatría del bebé ha conocido durante estos últimos decenios ha sido debido en gran parte a los trabajos que han demostrado que, desde el nacimiento, el bebé posee capacidades neurofisiológicas y comportamentales complejas que le permiten interactuar activamente en su entorno. El estereotipo del bebé como ser pasivo ha sido desbancado por el descubrimiento de que «el bebé es un ser activo dispuesto a interactuar con su entorno» (BRAZELTON, 1979). De la

misma manera, la idea fundamental resumida en la frase «el bebé es una persona» ha sido asimilada progresivamente por el espíritu de la gente, ya que estos últimos años los medios de comunicación han dado una gran difusión a las situaciones en relación con los problemas y los derechos de los niños.

BREVE RECAPITULACION SOBRE EL FUNCIONAMIENTO MENTAL DEL BEBE, DEL PADRE Y DE LA MADRE

La vida psíquica **del bebé** está conectada en sus orígenes al ejercicio del autoerotismo y del narcisismo primario. Las excitaciones de origen externo e interno configuran las primeras impresiones que son inmediatamente investidas por los afectos y ligadas a las representaciones psíquicas. La génesis de la vida pulsional y el desarrollo de las relaciones objetales del bebé precisan la relación indispensable con la madre y con los cuidados que ésta le procura. La ausencia del objeto (constituido en un principio por la madre) es un factor estructurante para el psiquismo, puesto que ella posibilita la expresión del deseo (por la madre ausente) y la alucinación de un objeto suficientemente bueno (el «good enough objet» de WINNICOTT, 1969). Durante la ausencia, el objeto que el bebé ha creado en su espíritu es de nuevo recreado, consolidado, puesto que la ausencia de la madre, que nunca es definitiva, se resuelve constantemente por el reencuentro. La seguridad y la confianza del bebé en la relación con su madre le permiten paralelamente la constitución de una vida psíquica cimentada en estas primeras experiencias objetales fiables. Estas son asimismo contemporáneas de los procesos epistémicos iniciales, y sobre todo del desarrollo de la curiosidad infantil. Se puede deducir de lo que procede que la ausencia de la madre tiene sobre todo el valor de introducir simbólicamente al padre como agente de diferenciación de la diada madre-niño. Desde el principio, **el padre** se sitúa entre la madre y el niño. Todo lo que puede constituir una especie de anticipación de la existencia de un tercero, cada vez que la madre no está completamente presente y que su investimento del niño

no es no total ni absoluto, será, a posteriori, atribuido a la acción paternal (GREEN, 1980). La función paternal juega un papel fundamental en la diferenciación psíquica del bebé, puesto que es el padre el que encarna la función de diferenciar al niño de la madre. Su dotación genética específica hace del niño un ser diferente de la madre, aumentando por consiguiente su adaptabilidad bio-evolutiva; sus interacciones tienen un carácter más físico, más estimulante, que la interacción madre-bebé, y conducen a este último a un estado de vigilia y de atención mucho más intensos (MACIAS, 1990, 1992).

Generalmente el juego con el padre es más tónico y más estimulante para la sensorialidad infantil que el juego con la madre, que se caracteriza por su aspecto más intelectual, por un contenido de predominancia afectiva, y por estar a menudo mediatizado por algún objeto. El bebé vive con el padre una experiencia más alternada, un ritmo más excitante, y una «danza» más alerta. Los padres utilizan más a menudo los juegos táctiles que los juegos visuales (BRAZELTON, 1979). Las intervenciones paternas son por tanto fundamentales para la diferenciación del niño, habida cuenta de su aporte genético primordial, de su papel en la dinámica de la presencia-ausencia del objeto maternal y de sus interrelaciones específicas con el bebé.

La madre lleva con ella su «niño imaginario», constituido paralelamente a los avatares de sus conflictos edípicos y pree-dípicos que modelarán su vida imaginaria. Las interacciones entre la madre y el recién nacido conllevan en consecuencia una confrontación con este niño imaginario: si un duelo, doloroso pero necesario, no ha sido efectuado, ello puede desencadenar problemas de decepción, dando incluso lugar a situaciones de desinvertimiento o de rechazo del recién nacido. La «capacidad materna de soñar» (mother capacity for reverie de BION, 1963) constituye una modalidad fundamental de la participación de la madre en el desarrollo psíquico del bebé. Para poder «crear» su pensamiento, su psiquismo, el bebé necesita apoyarse en el

«aparato para pensar los pensamientos» (BION) de la madre, que debe establecer simultáneamente los vínculos entre el niño y el padre.

LAS INTERACCIONES PADRES-BEBE

Podemos distinguir varias modalidades de interacción entre el bebé y los padres:

1. La interacción mientras la madre da el pecho favorece situaciones interactivas muy precoces por medio de la mirada recíproca del «diálogo tónico» (AJURIAGUERRA, 1967), del «holding» (WINNICOTT, 1969), del contacto y del tacto, de la voz y de las vocalizaciones, así como de las experiencias gustativas y olfativas del bebé.
2. La comunicación por la mirada durante la alimentación al pecho o con el biberón comienza a ser significativa a partir de la segunda semana, cuando el bebé fijando el rostro de su madre, inicia los procesos de imitación.
3. Los gritos y llamadas del bebé son una de sus principales modalidades de comunicación. Su frecuencia aumenta desde el nacimiento hasta las seis semanas para después disminuir progresivamente.
4. La sincronía interaccional descrita por BRAZELTON (1979) y el acorde afectivo descrito por STERN (1977).
5. La interacción afectiva y la aparición de sentimientos que el bebé expresa cada vez de manera más precisa. La aparición de la sonrisa en respuesta (a los tres o cuatro meses), de la reacción de sorpresa y de la angustia del extraño (a los ocho meses –SPITZ, 1945) constituyen otras tantas importantes fases en el desarrollo afectivo del bebé.

6. Como acabamos de ver, la interacción padre-bebé comporta características muy diferentes, y como tal es distinguida precozmente por el bebé.
7. La interacción fantasmática se inscribe en el seno de los investimentos objetales recíprocos de la madre y del bebé.

LAS DOS GRANDES FORMAS DE INTERACCION: REAL Y FANTASMÁTICA

Se considera de manera más general que la dinámica interactiva entre la madre y el bebé comporta dos aspectos fundamentales (KREISLER, CRAMER, 1981):

– La interacción real concierne la secuencias interactivas en las que la madre y el bebé están juntos. En el seno de esta diada, el comportamiento del bebé tendrá inevitablemente un efecto sobre el de la madre, que podrá responder de manera adaptada o inadaptada (en las situaciones patológicas), y viceversa en el marco de un «diálogo» o de una «danza» (STERN, 1977) irreductible a la simple suma de los elementos aislados que intervienen. Esta interacción permite al recién nacido devenir un ser social, adaptándose y ajustándose progresivamente al modelo interactivo propuesto por la madre.

– El lugar ocupado por el recién nacido en el universo imaginario resultante de los conflictos edípicos y preedípicos de los padres, así como el «proyecto» y los prejuicios parentales y familiares configuran los principales ejes de lo que LEBOVICI llama **interacción fantasmática** entre la madre y el bebé. Este término se refiere sobre todo a la presión ejercida por determinadas fantasías maternas sobre el bebé, las cuales, provocando la producción de síntomas le obligan a interpretar un papel específico que dramatiza y materializa la historia del escenario fantasmático materno. Los agentes de esta presión sobre el psi-

quismo infantil son principalmente las proyecciones de la madre sobre el niño, que las introyectará a su turno, configurando de esta manera sus primeras estructuras y contenidos psíquicos. En este sentido, las fantasías parentales (sobre todo las maternas) tienen un papel principal muy activo en la formación y en la creación del psiquismo infantil.

La interacción fantasmática obedece a dos fórmulas (LEBOVICI, 1983):

– El niño inviste a su madre antes de percibirla como tal. Es decir que a partir de las excitaciones de origen externo e interno (en parte producidas por las acciones maternas) se generan las «proto-representaciones» del objeto (PINOL-DOURIEZ, 1984), constitutivas de una vida mental que organizará más tarde las fantasías inconscientes.

– Los cuidados maternos incluyen la vida fantasmática de la madre, en relación con el deseo originario de maternidad sustentado por las múltiples posibilidades de identificación con ambos padres. La evolución y el destino de tales procesos mentales depende de las conflictualizaciones edípicas específicas y de las fijaciones y regresiones que estos conflictos conlleven.

Siendo extremadamente precoces, los fenómenos de **identificación** y de **internalización** determinan los avatares de la relación de objeto en el proceso de constitución de la identidad. En el estado actual del conocimiento del psiquismo humano, no cabe duda de que su funcionamiento se forja gracias a las interacciones precoces (reales y fantasmáticas). Al mismo tiempo este es dinamizado por las tensiones intra e intersistémicas (en el sentido psicoanalítico del término), tensiones pulsionales más o menos bien contrainvestidas que deberán resolverse en la dinámica constante que tiende a alcanzar un equilibrio entre las gratificaciones y las frustraciones, pero también por el desarrollo de lo que WINNICOTT (1955) ha designado como el «área

de la ilusión», área de creación de la mentalización y de la imaginación que se concretiza en la vida mental del sujeto.

EJEMPLO CLINICO: Fantasías y fantasmas en la habitación del niño.

Nicolás, de 13 meses de edad, nos es enviado por su pediatra después de una hospitalización motivada por «problemas de sueño, que despiertan numerosas veces a toda la familia, una excesiva dependencia de su madre, problemas de alimentación, puesto que Nicolás no quiere comer nada en su casa, y una actitud general de miedo y de inhibición».

Efectivamente, durante la consulta la madre describe a su hijo como un ser muy miedoso que quiere estar siempre en sus brazos y que no se aleja nunca de ella. Siguiendo su hilo asociativo la madre nos habla de sus propios miedos nocturnos, y nos dice: «yo tengo un problema durante la noche. Desde que era pequeña duermo con una lámpara encendida, porque siempre cuando me despierto **tengo la impresión de que hay alguien en la casa**». La madre prosigue: «mis padres viven en una gran casa, una finca donde hay muchos ruidos durante la noche. Tengo un miedo enorme de dormir en casa de ellos... Cuando era pequeña me contaban que no debía ir a la buhardilla porque había un hombre que encerraba a la gente, y mis padres nos decían: 'a las niñas malas se les encierra'. Aún hoy en día tengo miedo cuando llego a casa de mis padres». La madre se pregunta al final: «¿es qué he comunicado a Nicolás mis miedos y qué por eso se despierta todas las noches?».

Vemos en este ejemplo cómo la **interacción real** con un niño miedoso, insomne y dependiente contribuye a reforzar un «escenario fantasmático» en el que, por el intermediario del niño, la madre entra en **interacción fantasmática** con un personaje del pasado que irrumpe de esta manera en la relación materno-filial actual.

Nuestra intervención se limitó en este caso a poner en relación el comportamiento fóbico del niño con la fobia de la madre, y a mostrar cómo Nicolás conforta a su madre cuando se despierta durante la noche. Pero la madre, pensando en su fantasma, también se despierta, para asegurarse que este no ha atacado a su bebé. Su ansiedad es patente durante sus interacciones con Nicolás, al mismo tiempo que ella evoca sus miedos de los que debe proteger compulsivamente a su hijo.

En lo que respecta al significado inconsciente de la fobia maternal, sus síntomas aparecen en relación con una reactivación de su neurosis infantil, puesto que por medio del «fantasma» que ella teme y que puede atacar a su bebé, la madre puede conservar una relación fantasmática ambivalente con un personaje que aparece en el triángulo edípico al mismo tiempo como perseguidor y seductor.

Por medio de esta **consulta terapéutica** (para emplear el término que WINNICOTT –1969– dio a este tipo de intervenciones breves, que él hacía sólo con los niños pero que en el caso de bebés tienen que hacerse con las madres) la madre tomó conciencia de las proyecciones que ella hacía sobre el bebé, lo que permitió la rápida desaparición de los síntomas del mismo. Una semana más tarde, durante la segunda consulta, Nicolás duerme y come de manera totalmente normal, se muestra independiente y se acerca sin ningún miedo a las personas que no conoce. La madre se encuentra relajada, mientras que el niño se muestra sonriente, curioso y despierto. Una entrevista catamnésica seis meses más tarde confirma la desaparición de los síntomas y los cambios habidos en la interacción.

A PROPOSITO DEL DESCUBRIMIENTO DE LAS INTERACCIONES FANTASMATICAS.

El concepto de interacción fantasmática se basa en las definiciones freudianas de fantasía y de escenario fantástico. Pero

no es hasta los años 60 que este concepto comienza a inscribirse en la práctica clínica, gracias a los trabajos de autores como M. DAVID (1966), S. BRODY (1970) y S. FRAIBERG (1983) entre otros. Los trabajos de WINNICOTT (1951, 1971, 1974) sobre los «fenómenos transicionales» han contribuido mucho a la consolidación de este concepto empleado por primera vez en Francia por un pionero de la psiquiatría del bebé, el psicoanalista Serge LEBOVICI. Una descripción del mismo fue realizada poco después por B. CRAMER (1982).

La interacción real que se observa durante la consulta nos permite la deducción de ciertos contenidos inconscientes de la madre, aunque tal interacción no sea sino un índice: para llegar a definir lo más importante, es decir la calidad de la relación de objeto y los investimentos que la fundamentan, es preciso aprehender la «interacción fantasmática», término híbrido que engloba las características de los investimentos, de las proyecciones y de las identificaciones recíprocas.

En 1983 Serge LEBOVICI publica dos trabajos que profundizan y describen de manera exhaustiva los conceptos de interacción real y de interacción fantasmática. En su libro, hecho en colaboración con Serge STOLERU (1983), describe los conocimientos adquiridos sobre las competencias del recién nacido y sobre la calidad de las modalidades de las interacciones precoces. S. LEBOVICI esboza el recorrido que va de la «attachment theory» descrita por BOLWBY a la teoría moderna de las interacciones fantasmáticas, y muestra de qué manera los intercambios sincronizados iniciales entre la madre y el bebé se organizan como un «baño de afecto» que tienen «faim de représentations»³ (LEBOVICI, 1983). Estos trabajos de inspiración psicoanalítica renovaron sin lugar a dudas el interés de los psiquiatras por la psicopatología del bebé y por las posibilidades terapéuticas subsiguientes, definiendo nuevas corrientes de ins-

³ Textualmente «hambre de representación».

piración que han tenido desde entonces un impacto innovador sobre la psiquiatría clínica tradicional.

Pero si es indudable que, como estos trabajos han demostrado, las fantasías de la madre contribuyen a organizar la interacción real observable, no hay que olvidar que desde el nacimiento e incluso desde el embarazo, la existencia real del niño (constatable por sus movimientos intrauterinos, por su aspecto al nacer, por las características de su grito inicial, su sexo, sus gestos e iniciativas, etc.) contribuye a la elaboración de las fantasías maternas, de tal manera que **el bebé es uno de los determinantes de las fantasías que su madre construye sobre él.**

El deseo inconsciente hacia el recién nacido, que forma parte de las fantasías maternas, da lugar a la creación de procesos defensivos que se materializan en el área de la relación con el niño. Los cuidados maternos estimulan la vida fantasmática de la madre, siendo al mismo tiempo una ocasión privilegiada para la constitución de estrategias defensivas que se concretizan en evitamientos, en rituales y en impulsos.

Tales estrategias defensivas van a configurar el **escenario fantasmático** de la interacción madre-bebé, que comporta las **fantasías de base** y las **estrategias defensivas** para evitar la relación del deseo inconsciente. El correlato interactivo correspondiente a las fantasías maternas se caracteriza en un escenario interactivo típico, donde se conjugan los efectos de un conflicto inconsciente de la madre y su resonancia sobre el bebé. Estas **secuencias interactivas sintomáticas** (S.I.S.), que se caracterizan por ser repetitivas e impuestas al bebé, establecen los intercambios madre-niño de tal manera que ellas contribuyen a orientar específicamente las representaciones objetales del retoño. La repetición de los temas interactivos revela la progresión del proceso identificatorio, lo que conduce al niño a aislarse a las pretensiones maternas o a establecer un compromiso (sintomático o adaptativo) que le permita conservar su autenticidad.

COMO SE TRASMITEN AL BEBE LAS FANTASIAS MATERNAS

El niño asimila el escenario fantasmático de la madre por medio de una serie de **canales de comunicación articulados sobre estructuras interrelacionales que se manifiestan siguiendo secuencias previsibles y simultáneas.**

Podemos distinguir (MACIAS, 1990):

1. La dramatización en la interacción real de lo que se negocia en el sistema imaginario, lo cual implica el paso de una escena fantasmática (con personajes provenientes del pasado de la madre) a una escena interactiva actual, con personajes reales (la madre y el niño) que repiten un día tras otro las mismas secuencias interactivas sintomáticas. Las diferentes acciones de la madre, repetidas diariamente hasta la saciedad siguiendo un modelo regular y preciso, constituyen un verdadero «vocabulario» en la comunicación del escenario fantasmático del bebé.
2. La sincronía interactiva y el acorde afectivo entre la madre y el niño contribuyen en gran medida a la comunicación infraverbal y empática del escenario fantasmático. Como lo indica STERN (1977), es la simultaneidad temporo-espacial y el aspecto de secuencia previsible de los diferentes elementos implicados en el intercambio los que llegan a ser realmente significantes para el niño.
3. La lectura sobre el rostro de las emociones de la madre es posible por el hecho empírico de que ciertas expresiones faciales corresponden universalmente, sin distinción de culturas, a los afectos específicos que las determinan. Los trabajos de inspiración etnopsiquiátrica demuestran que la estructura de los afectos primarios deriva de experiencias programadas filogenéticamente, reforzadas a su vez por los comportamientos maternos

que conducen a un aprendizaje social de emociones cada vez más complejas.

4. Los fenómenos de especularidad descritos por WINNICOTT (1974), hacen que el bebé se perciba a sí mismo a través de los estados afectivos y anímicos que él provoca en su madre. La mirada y la mímica del rostro, pero igualmente el tono del lenguaje materno se encuentran en estrecha relación con su percepción de los estados afectivos del bebé, de tal manera que la madre tiende a comunicar al bebé lo que ella ha percibido de su estado de ánimo. De esta manera, el bebé descubre en el rostro de su madre, como en una especie de espejo, sus propios afectos, modificados por la influencia sobre la percepción de la vida fantasmática materna.
5. El ejercicio de la función semiótica materna: Las interpretaciones y el sentido que la madre da a los comportamientos de su bebé provocan una selección de algunos aspectos o funciones, las «funciones diana», que se distinguen por ser subrayadas e hiperinvestidas por los integrantes de la interacción.

INTERPRETACION, ANTICIPACION, FOCALIZACION

La atribución de un sentido dado al comportamiento del niño es absolutamente necesaria al desarrollo mental de este, aunque ella tenga en general la característica de ser más o menos arbitraria. La interpretación materna permite dar un sentido a los comportamientos que, como hemos visto, están programados e inscritos filogenéticamente, pero que, gracias a la atribución de un sentido, se transforman para la madre en señales significativas. Estas últimas son comprendidas gracias a las **anticipaciones maternas**, que dan a las competencias concretas del bebé una dimensión epigenética (DAVID, 1966, LEBOVICI, 1983). La importancia de las anticipaciones maternas, así como

su valor creativo, son debidos a la precocidad de las interpretaciones dadas por la madre a comportamientos del bebé que aún no son significativos. Junto con los estados afectivos que les acompañan, las anticipaciones maternas determinan en gran parte la especificidad de las reacciones infantiles.

Por otra parte, ciertas funciones del bebé pueden convertirse en el objeto de importantes conflictos cuando sobre ellas se ciernen las solicitudes excesivas o la incoherencia y la irregularidad de los investimentos maternos. Ello es debido a que tiene inevitablemente lugar una selección de los investimentos de la madre que insiste en preocuparse y ocuparse de estas «funciones diana»⁴ en detrimento de otras. El escenario fantasmático materno favorece así el investimento sobredeterminado de una o varias funciones del niño. Esto sucede como si la madre focalizara sobre ciertos aspectos o funciones en desarrollo del bebé, lo que nos indica tempranamente cuales van a ser las áreas de conflicto probable entre ellos (por ejemplo la madre puede centrarse e incluso obsesionarse con la alimentación, el sueño, la motricidad, el desarrollo intelectual, etc., lo que dará probablemente lugar a problemas más o menos importantes en esas mismas áreas). Estas focalizaciones de la madre sobre aspectos concretos del funcionamiento del niño son fundamentales en la construcción de las primeras representaciones infantiles o proto-representaciones. En la actualidad la mayor parte de los psicoanalistas admiten que las raíces de la internalización y de la identificación se crean mediante los vínculos físicos concretos establecidos durante las interrelaciones precoces. Ello es posible gracias a los procesos fundamentales que constituyen los cuidados del bebé, los cuales, modelando precozmente la personalidad, van a establecer ulteriormente las líneas de fuerza que conducen a la individuación y al desarrollo de la personalidad del niño. Algunos trabajos recientes, como los de GADDINI (1987), han permitido destacar la importancia

⁴ «fonctions cible» o «target fonctions» (MACIAS, 1991).

de la relación precoz entre el bebé y su madre (relación mediada por los cuidados maternos que tienden a satisfacer las necesidades del bebé) para que se instauren los procesos representacionales simbólicos que facilitaran al bebé la construcción de una realidad interna original y propia.

CONCLUSIONES

Las fantasías organizadas en la trama del escenario fantasmático maternal influyen y determinan de manera específica el desenvolvimiento del bebé. Gracias a su capacidad de semiótica (es decir de dar un sentido de comprender), la madre anticipa e interpreta no sólo el comportamiento, sino todas las manifestaciones de su hijo a partir de sus propias representaciones y esquemas mentales.

Por su parte el bebé durante sus interacciones con el adulto deduce de las diferentes modalidades interactivas, y sobre todo del grado de acorde afectivo (STERN, 1977) de tipo postural, tónico, mímico, las áreas de interés y/o de conflicto de su interlocutor: que ello tenga lugar por la insistencia parental de un tipo de interacción o por la manipulación insistente de una zona funcional, o que ello sea debido a irregularidades cualitativas, temporales, o a una carencia por falta de cuidados, el resultado final es el de seleccionar ciertas áreas interactivas en el sentido de privilegiarlas o de ocultarlas. Gracias a los fenómenos precocísimos de identificación y de internalización, el bebé se representa estas mismas áreas, lo que va a constituir de esta manera las protorrepresentaciones que participaran en la estructuración de su Yo.

Los estudios centrados sobre los bebés se sitúan en una encrucijada de la epistemología contemporánea, planteándonos por ello cuestiones fundamentales. ¿Cuáles son, diríamos para terminar este trabajo, las cuestiones planteadas por el bebé?

En primer lugar la cuestión de la interdisciplinaridad. El post-parto constituye un «terreno en co-propiedad» (PASSINI, 1989), donde cohabitan el ginecólogo, el pediatra, el neonatólogo, el paidopsiquiatra, el psiquiatra y el sexólogo, por no citar sino los médicos. Cada uno aporta su visión específica sobre el niño y la familia. **En psiquiatría del bebé la transdisciplinaridad es la regla, la colaboración entre los diferentes especialistas una exigencia...**

El bebé plantea en segundo lugar la cuestión de las referencias del terapeuta. Más allá de las rupturas epistemológicas de las que se habla desde hace unos años entre dos métodos divergentes, los estudios sobre el bebé, que privilegian la dimensión prospectiva, y la técnica psicoanalítica basada en una búsqueda retrospectiva y en la reconstrucción (lo que implica el papel fundamental acordado al «après-coup» en la estructuración del psiquismo⁵, los estudios sobre el bebé revelan una pluralidad de modelos teóricos que se traducen en una multiplicidad de formas de tratamiento y de investigación. Para algunos especialistas el bebé constituye un organismo biológico, para otros se trata sobre todo de un ser libidinal agitado por sus pulsiones. Entre el organicista y el psicoanalista, entre la óptica sociologizante y la reivindicación de la individualidad, entre la objetivación de los comportamientos y la apreciación de la subjetividad, las interacciones fantasmáticas, por la integración teórica que hacen de perspectivas juzgadas hasta ahora como incompatibles, tienen el mérito de situarse en el centro de una encrucijada epistemológica.

Una de las características de este fin de siglo es la ósmosis cultural que implica en muchas situaciones la pérdida de las especificidades y de las referencias de los individuos y de los grupos en beneficio de la adaptación. Creemos que el interés ma-

⁵ Mientras que los estudios sobre el bebé presuponen la incidencia del devenir de las interacciones actuales en el desarrollo psíquico.

nifestado hacia los bebés por las ciencias médico-psicológicas modernas podría estar en relación con la posición particular ocupada por el niño tanto en los procesos bioevolutivos como en el campo simbólico. Los estudios e investigaciones sobre los bebés nos cuestionan sobre nuestras referencias epistemológicas, pero también nos interrogan sobre la metafísica de los orígenes, de la creación y del conocimiento. Si, como nos parece, el interés por los bebés recubre una sensibilidad renovadora del hombre por el ser singular que él es, no nos cabe la menor duda que este interés se desarrollará mucho más en los próximos decenios.

BIBLIOGRAFIA

- Ajuriaguerra, J. y colaboradores, *Le choix thérapeutique en psychiatrie infantile*. Masson & Cie, Edit., Paris.
- Bion, W. R., *Elements of Psychoanalysis*, London, Heineman, 1963.
- Bowlby, J., *L'attachement*, Paris, PUF, 1969.
- Brazelton, T. B., *Psychophysiological reactions in the neonate*. *I.J. Ped.*, 1961, 58, 508-513.
- Brazelton, T. B., *Neonatal behavioral assessment scale*. London, Heinemann, 1973.
- Brazelton, T. B., *Behavioral competence of the newborn infant*. *Seminars in Perinatology*, 1979; 3:42.
- Brazelton, T. B.; Cramer, B., *Les premier liens*. Stock - Laurence Perroud, Calmann-Lévy, 1990.
- Brazelton, T. B. y colaboradores, *La dynamique du nourrisson ou quoi de neuf bébé?* Editions ESF, Paris, 1982.
- Brody, S.; Axelrad, S., *Anxiety and Ego Formation in Infancy*. New York Int. Univ. Press, 1970.

- Cramer, B., Interaction réelle, Interaction fantasmatique. Réflexions au sujet des thérapies et des observations de nourrissons. *Psychothérapies*, 1982, 1, 39-47.
- Cramer, B., Profession bébé. Calmann Levy, Paris 1989.
- David, M.; Appel, G., La relation mère-enfant. *Psychiart. Enfant* 1966; 9: 445-531.
- Debray, R., *Bébés-mères en révolte*. Paidos, Le Centurion, Paris, 1987.
- Fraiberg, S.; Adelson, E.; Shapiro, V., Fantômes dans la chambre d'enfants. Une approche psychanalytique des problèmes qui entravent la relation mère-nourrisson. *Psychiart. Enfant*, 26, 1, 1983, 57-98.
- Gaddini, R., Early care and the roots of internalization. *Int. Rev. Psycho-Anal.*, 14, 321, 1987.
- Green, A. (1980), La mère morte. In: *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Les Editions de minuit, Paris, 1983.
- Kreisler, L.; Cramer, B., Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson. *Psychiatrie de l'Enfant*, 24/1 : 223-263, 1981.
- Lebovici, S., avec la collaboration de Stoleru S. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces. Paidos, Le Centurion, Paris, 1983.
- Lebovici, S., Pour une clinique de l'interaction. *Perspectives psychiatriques*, 1983, I, No 90.
- Macías, M., Au Delà de L'Observation: Etude théorico-clinique sur le scénario fantasmatique et le scénario interactif dans la psychiatrie du premier âge. Thèse de doctorat en Médecine, Université de Genève, février 1990. Directeur de thèse: Professeur B. Cramer.
- Macías. M.. La fonction paternelle: chronique monégasque. *Psychothérapies*, 3, 184-187, 1990.
- Macías, M., Les fonctions cible de l'investissement maternel. *Devenir*, vol. 3, no. 2, 1991, pp. 51-59.

- Macías, M., La tiercéité dans les psychothérapies mère-enfant. *Devenir*, vol. 4, no. 1, 1992, pp. 33-48.
- Palacio-Espasa, F.; Manzano, J., La consultation thérapeutique chez les très jeunes enfants et leur mère. *Psychiatrie de l'enfant*, vol. 2, 1982.
- Passini, W., *L'après-naissance en co-propriété*. Ed. Médecine et Hygiène, 1989.
- Pinol Douriez, M., *Bébé agi, bébé actif*. Paris, PUF, 1984.
- Pinol Douriez, M., Interactions fantasmatiques ou proto-représentations? *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1985, 33 (2-3), 89-93.
- Sameroff, A.; Emden, R., *Relationship disturbances in early childhood*. Basic Books, New York, 1989.
- Soule, M., L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire. En: Brazelton T. B. y colaboradores. *La dynamique du nourrisson ou quoi de neuf bébé?* Editions ESF, Paris, 1982.
- Spitz, R. A., *Hospitalism. The Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 1, New York, 1945. *Hospitalism: A Follow-Up Report. The Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 2, New York, 1946.
- Stern, D., *The first relationship. Infant and mother*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1977. Trad franç: *Mère-enfant. Les premières relations*. Bruxelles, Pierre Mardaga, 1981.
- Winnicott, D. W. (1951), *Transitional Objects and Transitional Phenomena*. In: *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London: Tavistock Publications, 1958. Trad. franç. par J. Kalmánovitch: *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels*. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- Winnicott, D. W., *De la pédiatrie à la psychanalyse* (Trad. franç. J. Kalmánovitch). Payot, Paris, 1969.
- Winnicott, D. W. (1971), *Playing and reality*. Trad. franç. par C. Monod et J.B. Pontalis. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Gallimard, 1975.
- Winnicott, D. W., *Mirror-role of mother and family in child development*. In: *Playing and reality*, London, Pelican Books, 1974.

CONSIDERACIONES PSICOSOCIOLOGICAS SOBRE LOS NIÑOS INMIGRANTES Y SUS PADRES¹

Por MIRIAM WENGER FRIDMAN²

En el contexto urbano del cantón de Ginebra, la clientela extranjera de un psicólogo que trabaja a tiempo parcial en el cuadro oficial del servicio médico-pedagógico y, a tiempo parcial también, en el sector privado, se compone de tres grupos bien distintos:

1. Los hijos del personal de embajadas o de organizaciones internacionales, así como de diversos profesionales liberales, como médicos, arquitectos, etc;
2. Los hijos de refugiados políticos;
3. Los hijos de obreros inmigrantes.

Entre el público, quien dice «niños inmigrantes», piensa principalmente en los dos últimos grupos o incluso únicamente en el tercero: los hijos de obreros inmigrantes. Desde el punto de vista de los problemas de identidad, esta visión de las cosas es muy significativa.

Puesto que actualmente y cada vez con más frecuencia, profesionales de todas clases, médicos, arquitectos, ingenieros,

¹ Texto resumido de la exposición presentada durante la reunión de primavera del Club Internacional de Pediatría social, Luxemburgo, 29-30 de Mayo de 1987 y consagrada al tema «El niño y las migraciones».

² Psicólogo del servicio médico pedagógico de Ginebra (Suiza).

economistas y otros, dejan sus países en busca de salidas profesionales. A pesar de las diferencias lingüísticas y culturales que van a encontrar en el país de acogida, la mayor parte de entre ellos será capaz por su historia y por la forma en que este punto de partida se inscribe en su proyecto vital, de encontrar los medios de reconstruir más o menos rápidamente un universo social que trascienda al encuadre de su función profesional.

Así, M. Dupont, médico belga instalado en Berlín, en París o incluso en Bahrein, va a reencontrar un entorno social que le convendrá y que, sobre todo, le devolverá una imagen completa de sí mismo en tanto que individuo, en tanto que miembro significativo de la comunidad. No se oye decir «M. Dupont es un médico inmigrante» es un médico Belga en el extranjero y en estas pocas palabras hay un resumen del todo coherente de su historia social.

Para M. Paolo, obrero portugués, «catapultado» en Francia o en Suiza, los problemas son muy diferentes: por regla general, no tendrá los medios para resistirse a esta tendencia propia de nuestra sociedad moderna de identificar a los hombres según su fuerza de trabajo, alienarlos, desposeerlos de su propia historia, mal adquirida y muy a menudo mal comprendida. Para él, el proyecto ligado a esta emigración puede resumirse en estos términos: trabajar para mejorar sus condiciones de vida y las de su familia. Se convertirá fácilmente en «obrero inmigrante», experimentando una especie de despersonalización social, de «mutilación», incapaz de descifrar el sentido particular de cada uno de los mensajes sociales que se le destinan, de distinguir el papel preciso de las diferentes personas con las cuales se relaciona, de encontrar medios para navegar en el tejido social del país de acogida (1).

Después de estos dos retratos robot, ilustraremos mejor nuestro propósito mediante la presentación detallada de un caso, éste real.

Marisol B. tiene 7 años en el momento en que llega a nuestra consulta del Servicio médico pedagógico, enviada por su profesora Mme D. que se preocupa a la vez por las dificultades que esta niña encuentra en el aprendizaje de la lectura y por su gran timidez.

Los padres de Marisol son españoles y viven en Suiza desde hace 10 años. Marisol y su hermano pequeño, Javier, han nacido en Ginebra. Mme D. y la madre de Marisol han tenido varias entrevistas y han hablado ampliamente de los problemas de Marisol. Mme B. (la madre de Marisol) habla bien el francés, plantea preguntas pertinentes y esta preocupada por el porvenir escolar de su hija.

En una de estas entrevistas, la profesora propone a Mme B. consultarnos. Le da la dirección de nuestro servicio y el modo de contactarlo e incluso mi nombre, explicándole que conmigo podrá conversar en español.

El día de la consulta, fijado por teléfono con Mr. B. (el padre de Marisol), Marisol llega acompañada por sus padres visiblemente angustiados. Desde su entrada Mr. B. deja sobre la mesa varios documentos: su permiso de residencia, su declaración de impuestos, su tarjeta de identidad, etc. Al hacerlo me pide que verifique estos papeles y me asegura que todo está en regla. Casi al mismo tiempo viendo que yo no me intereso por estos documentos, Mme. B. se apresura a explicarme que ella y su marido no son ricos pero que le dan a Marisol todo aquello de lo que tiene necesidad: está bien nutrida, duerme bien, no está enferma... y tiene muchos juguetes.

¿Qué es lo que ha podido pasar en el tiempo transcurrido entre la última entrevista con la profesora y ésta consulta? Mme B. comprendió muy bien, aquel día en la escuela lo que la profesora le dijo. Pero después en casa, cuando tuvo que explicárselo a su marido, no pudo encontrar rápidamente las palabras que necesitaba. A medida que ella intentaba contestar a las

preguntas de su marido todo se iba haciendo cada vez más complejo y más confuso.

Efectivamente, Marisol tiene problemas de lectura pero ¿qué es lo que ellos, sus padres, que no saben ni leer ni escribir el francés pueden hacer? ¿no sería asunto de la maestra encontrar los medios para enseñarla? ¿qué más se pide de ellos?

A medida que los días pasaban, la pareja había conservado de la última entrevista con la profesora, por una parte un cierto sentimiento de impotencia y de injusticia y, por otra parte, este papel con mi nombre y el número de teléfono del Servicio. En realidad, la actitud benevolente y ciertamente oportuna de la maestra le había confrontado violentamente con el primer fracaso de su hija; ella, que lo tiene todo para triunfar, que debe triunfar para que sus propios esfuerzos no hayan sido inútiles...

El aspecto «institucional» del Servicio se ha amalgamado para ellos con la Suiza oficial, aquella con la que es preciso estar en regla, la de los documentos, de la administración, contribuyendo así a aumentar su ansiedad.

En un contexto como este, evidentemente no es posible ocuparse de inmediato de los problemas de lectura de Marisol. Primero hay que tratar de restablecer el sentido de nuestro encuentro: no basta, simplemente, dar la información pertinente, sino que es preciso crear con esta familia un espacio común en el que sea posible definir de manera clara nuestras expectativas, nuestros papeles y nuestras competencias respectivas. En otros términos, se trata de permitirles convertirse en partenaires activos en nuestra relación, condición indispensable para la constitución de una alianza terapéutica. Solamente después de esto nos será posible abordar los problemas que les han conducido a nuestra consulta, una vez tenidos en cuenta sus temores y también sus deseos y sus posibilidades. Se tratará sobre todo de darles la palabra, de escucharles.

Evidentemente no todas las familias de emigrantes están representadas por este ejemplo: están las otras, las que marchan bien, que no tienen problemas, cuyos hijos se desarrollan y aprenden armoniosamente, y no tienen ninguna necesidad de ayuda.

Cuando tratamos de comprender las dificultades particulares de algunos de estos inmigrantes, la literatura clásica sobre el asunto, al igual que nuestra propia práctica, nos vuelven a situar el punto de partida de un cierto número de problemas en el momento de esa decisión difícil de imaginar que es la emigración, la partida (2).

Sin embargo, este gesto, esta decisión, de hecho no es más que el final de un proceso que comenzó mucho antes y que es importante comprender para establecer el sentido de las dificultades actuales de los niños y también de los padres que llegan a nuestra consulta.

Es del todo evidente que por razones económicas, políticas y sociales, estamos asistiendo a una aceleración masiva de los movimientos migratorios en Europa lo mismo que en otros lugares (3): sociedades que son incapaces de preservar su capital humano y cuyo tejido social se desgarran dejando escapar algunos «miembros». Pero más allá de las observaciones socioeconómicas, para nosotros como psicólogos nos importa saber por qué Pedro se quedó en su pueblo y por qué Juan emigró. ¿Por qué él? ¿por qué en este momento? y ¿cuál es el sentido de esta decisión con relación a su propia historia? ¿cómo se inscribe esto en la historia y en la organización familiares? ¿y en las de su comunidad y en las de su pueblo?

Estas son preguntas cuyas respuestas van a permitirnos comprender mejor lo que está pasando ahora, aquí, entre nosotros, durante la consulta. Son respuestas que van a permitirnos comprender el carácter, particular en cada caso, de su sufrimiento y su demanda actual.

A veces son estas mismas cuestiones las que serán objeto de un trabajo terapéutico de varios años al final de los cuales nuestra tarea, esperemos, estará acabada.

Una práctica de este tipo nos lleva a admitir, actualmente, que los problemas relacionales y afectivos que conducen a muchas de estas familias a nuestra consulta no son simplemente y solamente producciones reactivas propias de la inmigración, de la frustración afectiva que ella comporta, de los problemas lingüísticos que conlleva, sino que son continuación de procesos sobrevenidos entre este individuo preciso y su entorno mucho antes de la emigración: procesos de exclusión o de ruptura, comprendidos en un sentido amplio que hacen referencia a circunstancias económicas, políticas, sociales o incluso psicológicas (2).

Aún hemos de precisar más: que en nuestra opinión, no se trata de atribuir un carácter a priori patológico a este proceso de exclusión sino de tener en cuenta las diferentes modalidades de cada caso.

En este contexto, la partida, la emigración frecuentemente se inscriben como una respuesta o una tentativa de respuesta positiva a un proceso de ruptura, de pérdida, de exclusión, de «de-fusión», de marginalización entre este individuo y su comunidad. Respuesta desesperada y frecuentemente megalómana que, al fracasar, va a ampliar y cristalizar aquel mismo proceso.

Tal como expresaba, he aquí la historia inicial, muy a menudo omnipresente, de algunas de las familias emigrantes que nos consultan.

En ruta por la autopista, cargados de tristeza, de rabia, pero también de ilusión y de esperanza, una gran parte de inmigrantes deja al mismo tiempo que su país, el medio rural, para intentar integrarse en la vida urbana en un país llamado «de acogida».

En pocas horas ellos van a perder todo su universo sensorial: colores, texturas, sabores, sensaciones que han poblado toda su historia. Esta pérdida es difícilmente pensable, pero aparece a veces en la producción sintomática ulterior y también a veces está en el origen de las quejas psicósomáticas (4).

No vamos a extendernos aquí sobre las dificultades que estas personas encuentran en la organización de su vida, en su nueva situación de emigrantes: dificultades prácticas relacionadas con problemas de lengua, de habitación, de trabajo y de reinserción social.

Sin embargo es preciso recordar que estas dificultades van a provocar en general una readaptación de la personalidad y de los sistemas defensivos; readaptación que tiene lugar con más o menos éxito en función de las posibilidades y de la estructura previa de cada individuo: puede dar lugar a la puesta en práctica de modos de relación, de comportamiento o de defensa más eficaces, más «adaptados» a las nuevas situaciones. O también, por el contrario, es una cristalización incluso un estrechamiento defensivo de la personalidad lo que se produce (2) (5).

Pero, en todos los casos, vemos aparecer, íntimamente ligado a esta estructura defensiva, un elemento nuevo que va a tener una importancia capital en lo sucesivo: la construcción del mito de retorno. Mito que tendrá un papel fundamental en la elaboración del duelo ligado a las pérdidas múltiples habidas en la partida, pero que también va a jugar un papel muy importante en la construcción de estrategias de vida a corto y largo plazo.

Este mito del retorno necesariamente va a formar parte de la estructura, de la identidad de la segunda generación. Y aquí, en tanto que terapeutas de niños, nosotros podemos señalar que este mito juega un papel a la vez «estructurante» y «desestructurante» en su desarrollo.

Estructurante porque la construcción del mito de retorno está estrechamente ligado a la reconstrucción de la novela fami-

liar; esta novela, hecha de recuerdos, de sueños, y también de idealizaciones y de proyecciones, constituirá para estos niños, como para todos los otros ciertamente, el punto de anclaje en una historia compartida, base indispensable de las identificaciones posteriores; pero también desestructurante, porque este mito del retorno va a constituir una amenaza permanente frente a las tentativas de integración de los niños en el país en el que aunque no hayan nacido, van al colegio, e intentan construir su propia historia.

Es legítimo preguntarse si este mito del retorno no es el portador de la repetición, para los niños, del proceso de marginalización o de exclusión social que sus padres han vivido 15 o 20 años antes en sus propios pueblos.

He aquí las cuestiones a las cuales estos niños se ven confrontados:

- ¿Cómo implicarse verdaderamente en un mundo relacional que se desea abandonar?
- ¿Cómo, siendo niño, proyectarse como adulto en una ciudad que sus padres no han hecho suya, en la cual a veces viven después de largos años «provisionalmente»?
- ¿Cómo integrarse en una comunidad en la cual sus propios padres no están integrados, con la cual ellos intercambian miradas de «extranjeros».
- ¿Cómo no adherirse a la idealización parental del país lejano?
- ¿Cómo atreverse a integrarse sin tener el sentimiento de traición, sin sentirse excluido del proyecto familiar?

En lo que concierne al mito del retorno, hablamos ahora del verdadero retorno, del que está ligado estrechamente a proyec-

tos más o menos concretos, más o menos posibles, más o menos megalómanos.

Nuestra práctica clínica nos ha dado ocasión repetida de verificar el peso aplastante que representan estos proyectos para el desarrollo de los niños, portadores privilegiados de las esperanzas de los padres; llega a convertirlos en rehenes paralizados, asfixiados por estas proyecciones.

A menudo los padres nos hacen partícipes de proyectos muy precisos que conciernen a sus hijos, pero mostrando una incapacidad manifiesta de asumir a largo plazo la totalidad de las decisiones necesarias que conduzcan a su realización: corrección de deberes, horarios, diferentes formas de acompañamiento, etc.

Muchas de estas familias dan prueba de una extraordinaria capacidad para adaptar la noción de «éxito», de establecer compromisos entre el niño soñado y el verdadero.

Otras, menos capaces de elaborar la frustración, la proyectan, entrando en una situación de conflicto con la escuela, o con nosotros y, a veces, con los mismos niños.

Así, tenemos generalmente niños atrapados entre los dos mensajes siguientes, perfectamente contradictorios:

1. sé como yo; ¡yo soy lo mejor para tí!
2. sé diferente de mí; ¡sé mejor para los demás!

Tratándose del retorno, los años pasan, el proyecto evoluciona, se transforma, se aleja o reaparece con inquietante urgencia en situaciones de crisis.

Se podría cuestionar si la imposibilidad real de organizar este retorno, tan esperado por muchas familias, e incluso en ca-

sos en que las condiciones materiales lo hacen posible, no sería debida a la imposibilidad de confrontar el país idealizado, soñado, con el país real. Ciertamente muchos emigrantes conservan respecto a su «tierra natal» sentimientos extremadamente ambivalentes, ligados a la vez a la vivencia de abandono y a la culpabilidad, recubiertas a posteriori por la idealización, seguramente defensiva.

Recordemos una vez más que sólo estamos evocando aquí las familias que consultan. Hay muchas otras, sin duda la gran mayoría, que no presentan ninguno de estos problemas.

Hasta aquí podríamos preguntarnos si las dificultades de estas familias son una fatalidad, una realidad ante la cual no podemos hacer otra cosa que someternos, o bien si hay espacio para afrontar posibilidades de prevención, de cualquier tipo. Con respecto a esto, es preciso reconocer que los problemas sociopolíticos de los países de origen están evidentemente en la base de muchas de estas dificultades. Pero son las condiciones de acogida adecuadas para las familias emigrantes, en lo que concierne a la habitación, el trabajo y la escuela aquello en lo que nosotros podemos actuar: son estas condiciones de acogida, las que podrían, a la larga, permitir una «reconstitución» de las posibilidades de adaptación de los individuos. En otros términos, se trata de lanzar puentes cada vez más sólidos, de proponer otra realidad posible (5).

Estudios recientes muestran que la frecuencia de fracaso escolar entre los niños emigrantes es de todo punto comparable a la de los niños autóctonos que provienen de familias del mismo nivel socioeconómico con, en todo caso, un muy ligero aumento de la tasa de fracaso para aquellos que han llegado a Suiza con la escolaridad ya comenzada; esta constatación está muy probablemente ligada a los problemas de aprendizaje de la lengua francesa (6) (7).

Sin discutir muy a fondo este extremo, podemos en todo caso admitir que es la pertenencia de una gran mayoría de la

población emigrante a las capas más desfavorecidas de la sociedad lo que determina fundamentalmente las dificultades escolares de muchos de estos niños, y no su condición de emigrantes (6). Como prueba de esto tenemos la naturaleza muy diferente de las dificultades escolares o de integración encontradas en la mayoría de los niños del primer grupo evocado al comienzo de este artículo.

Para los demás, es importante contribuir a la creación de estructuras de sostén psicopedagógico adecuadas, sin olvidar un peligro: el de que su presencia misma en el seno del sistema escolar provoca el mismo tipo de fenómeno de marginalización que ellas mismas tratan de combatir —al igual que la mayoría de las estructuras de sostén y de asistencia que se dirigen a una categoría particular de la población—. En el aspecto de la salud mental, en particular en la de los niños, se trata también de promover actividades de prevención, tanto primaria como secundaria resistiendo a la tentación de salir en busca de una patología específica. Es importante para los clínicos insistir sobre el hecho de que a pesar de la ausencia de una patología específica, la tonalidad particular, las modalidades propias de las características culturales de estas familias, su inexperiencia de nuestros códigos relacional y social, merecen respuestas particulares, formas de aproximación y de acompañamiento que tengan en cuenta todos estos elementos.

Confrontándonos al mismo tiempo con su sufrimiento y su diferencia, estas familias nos obligan, muy a menudo, a preguntarnos sobre las posibilidades y sobre los límites de nuestro saber, de nuestro papel y de nuestros instrumentos terapéuticos. La violencia de su encuentro con nuestra sociedad nos invita a cuestionarnos sobre nuestro propio estatuto, sobre nuestra propia identidad y quizás antes de todo esto, sobre los límites de nuestro poder terapéutico.

BIBLIOGRAFIA

1. Wenger-Fridman, Miriam, Enfants étrangers à l'école. Les projections des parents, les projections des institutions, Expression No 39, CREDIS, Genève, 1985.
2. Grinberg, Léon et Rébecca, Psychanalyse de la migration et de l'exile, édit. C.E.S.U.R.A., Lyon, 1987.
3. Jacques, André, Les déracinés, réfugiés et migrants dans le monde, édit. La Découverte, Paris, 1985.
4. Schuh Claudia, Zur Arbeit mit immigrantenkinder in Zürich. Thèse présentée au Young Institut de Zürich, 1984.
5. Kaplan, Gérald, Principles of preventive psychiatry.
6. Hutmacher, Walo, Le passeport ou la position sociale?, publié dans «Enfants de migrants à l'école. Centre européen pour la recherche et innovation dans l'enseignement» (CERI), OCDE, Paris, 1987.
7. Roth, Sylvia, Etude d'un groupe d'élèves ayant fréquentés le secteur d'enseignement spécialisé du canton de Genève, Cahier du S.M.P. No 3, Genève, mars 1983.

CONSIDERACIONES SOBRE UNA PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA VIOLENCIA

Por **Jaume Baró Aylón**

Lo que denominamos **violencia** corresponde a una dinámica instintiva, primitiva y universal, estudiada en varias ocasiones por Freud, particularmente en 1914 en «Los instintos y sus destinos», en 1915, «Sinopsis de las neurosis de transferencia» (manuscrito inédito, publicado por primera vez en 1985) y en 1918 en «El hombre de los lobos», consistiendo en **un instinto originario, general y común al hombre y al animal**.

Freud, consagrando lo esencial de sus energías al estudio de la libido, demostraba que ello le era sin duda más cómodo que profundizar en la violencia, ya que son conocidos los límites de su autoanálisis y la violencia personal profunda originada por una novela familiar infantil particularmente agitada.

A pesar de ello nunca dejó de hablar, bajo una forma u otra del instinto natural violento. Pero serán Karl Abraham y, sobre todo, Melanie Klein los que han incidido en este concepto, desafortunadamente confundido a menudo con la agresividad por autores posteriores.

Freud en varios de sus trabajos evocó prudentemente la violencia transferida a la horda primitiva. Se trata de una representación, diluida, proyectada y alejada en el tiempo y en el espacio, lo que la hace más fácilmente disculpable.

Recordemos también que la violencia no debe confundirse con el hipotético instinto de muerte que aparece al final de su

obra constituyendo más bien una noción metafísica que metapsicológica.

Si admitimos con un cierto número de autores (particularmente Bergeret) que la **violencia** corresponde psicodinámicamente a **un instinto primitivo presente en todos los seres humanos** resultaría que una eventual represión o derivación de dicha pulsión tendría las mismas nefastas consecuencias que desde Freud sabemos tienen las actitudes represivas y prohibitivas frente al instinto sexual: originar crisis, conflictos y síntomas.

No obstante, oímos hablar con frecuencia, individual y colectivamente, de la necesidad de dominar la violencia que ya se ha manifestado e incluso de evitar que pueda llegar a manifestarse. En el primer caso se buscaría una prevención secundaria de los efectos negativos de la violencia mientras que en el segundo se intentaría estructurar una prevención primaria.

Parecería, pues, existir una contradicción entre lo señalado más arriba y aquello que estiman necesario la opinión pública, los medios de comunicación y el poder político, siempre sensible a las presiones que se ejercen sobre él. No obstante, si profundizamos un poco, percibiremos que se trata más bien de una paradoja aparente que de una real contradicción, ya que estos puntos de vista, que parecen tan divergentes, no se sitúan al mismo nivel conceptual.

Efectivamente, el psiquiatra considera aquello a lo que llama **violencia** como perteneciente a un orden instintivo, con estatuto biológico al mismo tiempo que psíquico, que debe ser valorado como natural e indispensable, mientras que el público en general se inquieta, con razón, de aquello a lo que llama impropriamente violencia, expresión que aplica a las consecuencias negativas de un impulso instintivo violento que pueden conducir a la persona falta de una integración adecuada de su violencia natural en el seno del conjunto de su personalidad, a entregar-

se a actividades difícilmente admisibles y tolerables en cualquier sociedad constituida bajo las premisas del estado de derecho.

Estas precisiones terminológicas nos parecen indispensables para poder concluir en un primer tiempo que es absolutamente necesario, cuando son evidentes los riesgos de complicaciones de la violencia natural, sea en un individuo o en un grupo de individuos, plantearnos la necesidad de una violencia, pero no la violencia en sí misma ya que la consideramos un instinto natural.

Deduciremos también que es fundamental el plantear una prevención primaria y secundaria de la agresividad ya que ella no constituye un instinto profundo natural sino que nos hallamos ante la amenaza de una alianza tardía y secundarizada de elementos instintivos articulados entre ellos de una manera contraria a la lógica deseable: se trata en ese caso de una alianza contra natura de la pulsión libidinal, al servicio de la violencia primitiva, con un objetivo del instinto violento primitivo que está dedicado en su origen a una función exclusivamente defensiva: la supervivencia.

Algunas afirmarán que ya existe una prevención primaria de la violencia refiriéndose a determinados esfuerzos de información realizados por algunas asociaciones o por algunas instancias políticas. Otros se referirán a la ayuda más directa dirigida a médicos, jueces o policías a través de las campañas llamadas de prevención. Creemos encontrarnos ante la misma situación archiconocida frente a la pretendida e inútil «prevención primaria de las toxicomanías» fuente a menudo de un impresionante despilfarro de palabras y de dinero.

Para situar claramente el campo y los medios de acción necesarios para una auténtica prevención primaria de los efectos negativos de la violencia mal utilizada intentaremos comprender por qué las iniciativas emprendidas hasta ahora nos parecen inútiles, repasando rápidamente las que consideramos principales causas de su fracaso, a pesar de estar motivadas por una evidente buena voluntad.

1. Contrariamente a la prevención terciaria, que se ocupa de la rehabilitación de las personas liberadas de la enfermedad que han padecido, y contrariamente también a la prevención secundaria, que se dirige a las personas que ya son víctimas del proceso patológico, la prevención auténticamente primaria se ocupa de las personas que todavía no han presentado síntomas estructurados y a las que se trata de proteger de un peligro cuya eventualidad parece probable, desde el momento que se identifica en esos sujetos, o en su entorno inmediato, un cierto número de factores de riesgo conocido por su nocividad.

Con respecto a las consecuencias negativas de la violencia, no se actúa a menudo más que a partir del momento en que se ha observado un fracaso ya consumado en la integración del instinto violento en el conjunto de la personalidad del sujeto, apareciendo actitudes difícilmente tolerables. Se falsifica la idea de prevención primaria limitando los esfuerzos a un registro que es el de la prevención secundaria, es decir, el tratamiento de las consecuencias de una alteración que ya se ha producido. Sabemos que una prevención realmente primaria de las consecuencias negativas de la violencia natural no puede ser útil más que sobre sujetos que todavía no han llegado al nivel del fracaso integrativo de la elaboración de sus dinámicas imaginarias violentas.

2. Las causas habituales de un fallo en la integración de la violencia natural no están en relación con la naturaleza en sí misma de la violencia, que no es por ser ni buena ni mala, sino con las condiciones afectivas personales y del entorno que per-

mitirán o no los procesos de integración de la violencia. Se trata, en lo que respecta a la afectividad del sujeto y a sus relaciones con su entorno, de carencias narcisistas graves, de déficits identificatorios serios y de limitaciones importantes de la capacidad de imaginación. Dicho de otra manera, las causas de la eventual perversión de la violencia natural en manifestaciones agresivas son exactamente las mismas que las que conducen a muchos otros desórdenes constatados habitualmente en el momento de la adolescencia y de la post-adolescencia: drogodependencia, alcoholismo, tabaquismo, alteraciones graves de las conductas alimentarias, delincuencias y sobre todo conductas suicidas variadas, directas o indirectas que implican, a menudo, la articulación con las otras conductas de autoagresión que acabamos de citar. No podemos considerar, pues, que exista una prevención primaria auténtica y específica de las consecuencias de la violencia, de la misma manera que no creemos que exista una prevención primaria auténtica y específica de las toxicomanías, del alcoholismo, de las alteraciones de la alimentación, de la delincuencia o del suicidio. Una prevención que quisiera ser específica de tal o cual dificultad considerada de una manera aislada se centrará en los síntomas, es decir, en las dificultades que ya han aparecido. Tal prevención se orientaría al «cómo» expresado por esos síntomas y no al «por qué» que permitiría remontarse al período que precedería a la aparición de las dificultades que se trata de prevenir, en un momento en que esa prevención es todavía practicable y susceptible de aportar resultados válidos. Consideramos, pues, que una prevención primaria auténtica y eficiente no puede concebirse más que en un sentido global y muy precoz.

3. Cuando hablamos de prevención nos referimos habitualmente a sujetos, o a grupos de sujetos, abordados en el momento de la adolescencia o de la postadolescencia, lo que parece ya demasiado tardío, por lo menos si se trata de articular una prevención auténticamente primaria.

* * *

Este balance negativo nos parece indispensable para intentar despejar el terreno de nuestros errores y de nuestras ilusiones. Ello nos permitirá ahora afrontar la prevención primaria de una manera positiva evocando algunos principios que nos parecen fundamentales:

Primero: Una prevención primaria de las consecuencias negativas de la violencia natural, así como de muchas otras manifestaciones patológicas, debe dirigirse, en primer lugar, a los niños, antes de ser útilmente continuada durante período de latencia y la adolescencia.

Segundo: Una prevención primaria de este tipo debe ser global, no debiendo centrarse en ningún síntoma particular sino preparando al niño, en camino de organizar su personalidad, o gozar de un clima favorable al desarrollo de un feliz estado de salud físico, afectivo y de relación, que sea algo más que únicamente la ausencia de síntomas, configurando el estado positivo de bienestar al que según la definición de la OMS cada ser humano debería tener derecho.

Tercero: La prevención primaria a este nivel debería corresponder al modelo de prevención global e integrada bajo la forma desarrollada por programas del tipo de la «Educación para la Salud», preconizados por los expertos europeos. Este sistema global e integrado de educación comporta esencialmente la articulación conjunta de los dos ámbitos primordiales que constituyen el entorno natural del joven (el familiar y el educativo) con otros (médicos, sociales, económicos, culturales y políticos) que no hay que minusvalorar.

Cuarto: Una prevención primaria de este tipo no necesita ni la creación de organismos específicos o suplementarios ni la formación de nuevos especialistas ni la elaboración de nuevos temas a añadir a los que son habitualmente enseñados hasta ahora. Es ante todo a través del entorno natural del niño, primero, y del adolescente, después (ambientes escolares, familiares

y educativos), mediante los actores naturales en contacto con el niño y el adolescente, gracias a la enseñanza escolar habitual y su utilización cotidiana, por donde debe transmitirse la educación para la salud a partir de la concepción y ejecución de programas de acción preventiva global e integrada.

Quinto: Una tal educación, con objetivos primarios preventivos, no puede concebirse sin un diálogo y una interacción permanente entre los actores principales (los niños), sus padres y los maestros y educadores concernidos. Si uno de los tres factores citados falla y sobre todo si entra en conflicto importante y duradero con los otros, es inútil esperar cualquier resultado positivo de la acción preventiva deseada.

Sexta: Esta cohesión permanente en la acción y la interacción debe ser preparada, mantenida y evaluada concertadamente. Ello supone una reflexión y una formación permanente orientada tanto hacia los padres como hacia los maestros y educadores. Este proceso necesita la toma de conciencia de las reacciones defensivas o posesivas de cada uno en la elaboración y realización de programas establecidos en común y adaptados a las necesidades reales de cada lugar y de cada momento, así como a la evaluación permanente de las interacciones observadas en el transcurso del desarrollo de esos programas. Los resultados no serán valorados más que a medio y a largo plazo.

Si tantas personas bien formadas y llenas de buena voluntad dudan en comprometerse en la vía que acabamos de señalar y, sobre todo, si ofrecen resistencia a reconocer lo bien fundado de los principios que cada día son más evidentes, es sin duda, porque articulan una defensa desculpabilizadora al pretender confiar un proyecto de prevención que consideran tendría que ser específico, a otros (los especialistas) que se encargarían en nuestro lugar de esa responsabilidad que nos incumbe globalmente.

Una prevención primaria pertinente que tenga como objetivo la buena salud de los jóvenes en materia de violencia, además de en otros muchos conceptos, pasa, pues, obligatoriamente por una buena salud en los entornos naturales de esos jóvenes, es decir, en los adultos que las rodean y que constituyen sus referencias identificatorias esenciales.

Corresponde pues a los adultos solventar en primer lugar en ellos mismos sus relaciones con su propia violencia, evitando reprimirla, disimularla o avergonzarse de ella, intentando, al contrario, utilizarla de la mejor manera posible en una relación positiva con los otros y particularmente con los jóvenes.

Es indispensable, ante todo, no confundir ni en sí mismo, ni en los jóvenes de los que tienen que ocuparse, la violencia con la agresividad.

Una tal disposición nos parece un excelente punto de partida para intentar llevar a cabo la prevención primaria de las consecuencias negativas de la violencia.

SITUACION ACTUAL DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ESPAÑA¹

Por F. Cabaleiro

I. UN POCO DE HISTORIA RECIENTE

Al exponer lo que sigue a continuación lo hago a título personal, pero sin duda reflejando ideas, reflexiones, opiniones y tomas de posición de la Junta Directiva y de las Asambleas de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYRNA) de la que he tenido la satisfacción y la responsabilidad de haber sido Presidente estos años pasados y Vicepresidente en la actualidad. Digo esto porque me siento deudor de las reflexiones y aportaciones que allí se han hecho, también porque no quiero comprometer a SEPYRNA en algunas apreciaciones propias y, al mismo tiempo, siempre me he encargado en nuestra Sociedad de manera muy particular de las cuestiones referentes a la Especialidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes.

No voy a hacer historia de la Psiquiatría Infantil en España, pero sí quisiera recordar aquellos elementos clave que conciernen a la Especialidad en estos últimos quince años.

¹ Ponencia presentada en las XI Jornadas Nacionales de la A.E.N. el 5 de junio de 1992 en Ciudad Real y elaborado también para nuestra revista como complemento al «Informe sobre la Especialidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes», publicado en el nº 8 de Cuadernos.

En primer lugar, mencionar el primer Programa de la Especialidad de Psiquiatría elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad en 1979 (1), tras la aprobación de la Ley de Especialidad Médica de 1978. De él voy a reseñar lo siguiente:

1. Concibe una primera etapa de formación **más genética**, que dura dos años y una segunda etapa de formación **más específica**, que dura también dos años, con dos ramas: Psiquiatría y Psiquiatría Infantil. (Cabe avanzar aquí dos preguntas: ¿por qué cuando se habla de esta segunda etapa de formación más específica se menciona a la Psiquiatría Infantil y no se habla de la **Psiquiatría de Adultos**, ni de la Gerontopsiquiatría? ¿es que la Psiquiatría es lo mismo que la Psiquiatría de Adultos?

2. En las rotaciones previstas para la formación en Psiquiatría Infantil, sobre un total de dos años se dedican 6 meses a la Pediatría y año y medio a la Psiquiatría y Salud Mental Infantiles.

3. En la formación del Psiquiatra, que se supone que va a trabajar con adultos y ancianos, en el tercer y cuarto años están previstos tres meses de formación en Servicios de Psiquiatría Infantil.

En el segundo Programa de Formación Psiquiátrica (2), elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría, y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación con fecha 15 de julio de 1986, se prevén diferentes Areas de capacitación específica dentro de la Psiquiatría y, entre ellas, la capacitación en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Tiene este segundo Programa mejoras con respecto al anterior: una mayor flexibilidad de opciones y el reconocimiento de la capacitación en Psiquiatría de la vejez. Sin embargo, no podemos dejar de constatar que:

1. Con sólo un año de rotación por Servicios acreditados de Psiquiatría Infanto-Juvenil, se puede estar capacitado en esta área. Pongamos un simple ejemplo demostrativo: en Francia, actualmente, un año de los cuatro previstos para la Especiali-

dad de Psiquiatría ha de hacerse obligatoriamente rotando por Servicios de Psiquiatría de Niños y Adolescentes.

2. Pese al reconocimiento de la Psiquiatría de la vejez, falta el área de capacitación en Psiquiatría de Adultos, lo que de nuevo equivale a que la Psiquiatría de Adultos, lo que de nuevo equivale a que la Psiquiatría de Adultos, se considera «la Psiquiatría». Quizás el problema resida únicamente en decirlo.

3. Faltan referencias a las titulaciones y a la necesidad de una disposición transitoria, que haga posible, antes que nada, las homologaciones y reconocimientos de títulos a los profesionales ya formados.

Conviene también reseñar que ambos Programas elaborados por la Comisión Nacional de la Especialidad, no han conseguido en la práctica que se desbloquee en España la formación de Psiquiatras de Niños y Adolescentes. También cabe preguntarse en qué Servicios acreditados de Psiquiatría Infanto-Juvenil están haciendo su rotatorio de cuatro meses los Residentes de Psiquiatría... cuando esto es obligatorio para la titulación de Psiquiatras no específicamente capacitados; así como quiénes son los Psiquiatras oficialmente capacitados en el área de Psiquiatría Infanto-Juvenil, que están impartiendo esta enseñanza obligatoria.

A parte de estos dos Programas elaborados por la Comisión Nacional, hay que mencionar el borrador –que afortunadamente parece que no va a quedarse más que en eso– del Real Decreto de Especialidades Médico-Sanitarias de Licenciados Superiores de 23 de Junio de 1989 (3), donde aparece la Paidopsiquiatría como una subespecialidad de la Pediatría con dos años específicos y con una articulación en absoluto aclarada con los Psiquiatras. El que la Especialidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes pudiese llegar a ser de adscripción fundamentalmente pediátrica, sería en la actualidad un fenómeno insólito, internacionalmente y, para encontrar algo similar tendríamos que recu-

rrir al oscuro período de la Neuropsiquiatría Infantil Soviética de signo casi exclusivamente organogenético (4).

II. EN TORNO AL «INFORME SOBRE LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES» (5)

Para conceptualizar el informe, un par de datos previos, que son poco conocidos y bueno es que se sepan y consten en algún lado. En julio de 1985 tuvimos una entrevista, a instancia de nuestras respectivas Juntas Directivas, el entonces Presidente de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil, el Dr. Vicente López-Camos Ibor y yo, entonces también como Presidente de SEPYPNA. La intención de nuestras Sociedades, de orientaciones diferentes, eran de aunar esfuerzos en todo aquello que fueran intereses comunes de la Salud Mental Infantil. Para ello pensamos en contactar a todas las Asociaciones que trabajasen en este campo. Así empezamos por establecer relación con la Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil de la A.E.N. y, ya las tres, a la demanda del Prof. J. Guimón, entonces Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad, le enviamos, y fue leído en dicha Comisión, un breve informe (dada la premura de tiempo) para que se tuviera en cuenta nuestra opinión en el que luego sería el Programa de 1986, al que acabo de hacer alusión. En aquel breve informe pedíamos, entre otras cosas, un mínimo de dos años rotatorios en instituciones acreditadas de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. En Marzo del 86 tuvo lugar la primera reunión de la que sería Coordinadora General de Asociaciones de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia y Adolescencia, a partir de la aprobación de sus Estatutos en Mayo de 1987. Es decir, se unieron a las ya mencionadas Asociaciones, la Societat Catalana de Psiquiatría Infantil y la Sección de Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría. En los Estatutos se precisa el carácter de ensayo de esta Coordinación y se deja abierta la posibilidad de un mayor desarrollo estatutario. Sus objetivos se centran en un mejor conocimiento y colaboración de sus Asociaciones cara a poder influir sobre el marco jurídico de la atención al niño y al

adolescente así como sobre la formación de profesionales y la planificación asistencial. Los vínculos establecidos eran muy laxos y las decisiones tenían que ser tomadas por consenso. Tras otras gestiones en torno a la Especialidad y la elaboración, que corrió a mi cargo, de la Declaración de la Coordinadora (6) sobre la situación de la Salud Mental Infantil en España, esta es aprobada en junio del 90 y, posteriormente, difundida en todas las Asociaciones y publicada. En ella se pone también de relieve el problema de nuestra especialidad. Tras los cambios en la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría y a la vista del Borrador del citado Real Decreto, la Dra. Carmen Bayo y yo, representando a la Coordinadora, tenemos una entrevista con el Presidente de la Comisión, el Dr. J.A. Espino Granada, y nos comprometemos a elaborar un Informe sobre la Especialidad en breve plazo. Tras varias reuniones y debates de la Coordinadora, asumo la elaboración de dicho informe, que es aprobado unánimemente en marzo del 91 y que lleva adjunta la Declaración de la Coordinadora del 90.

No voy a reproducir aquí el Informe porque ya ha sido publicado en nuestras revistas, pero sí recordaré lo esencial. Consta de una introducción que lo contextualiza sincrónica y diacrónicamente, define la Psiquiatría de Niños y Adolescentes y argumenta la importancia del carácter autónomo de la Especialidad. En su punto 3 precisa los períodos fundamentales de la formación y este punto esencial sí lo voy a reproducir textualmente:

3. PERIODOS FUNDAMENTALES DE LA FORMACION

Sobre un total de 5 años:		
	Mínimo	Máximo
A. Psiquiatría de niños y adolescentes	2 años	4 años
B. Psiquiatría de adultos	1 año	2 años
C. Pediatría	1 año	2 años

Se consideran años básicos los mínimos y complementarios la diferencia entre máximos y mínimos.

A. El mínimo de 2 años de Psiquiatría de niños y adolescentes será obligatorio y no admitirá ningún tipo de formación equivalente y durante este período se llevará a cabo la formación teórico-clínica esencial de la Especialidad.

B. El período complementario de Psiquiatría de adultos podrá ser equivalente o complementario con Gerontopsiquiatría.

C. Cada año complementario de Psiquiatría de niños y adolescentes con dedicación especial a la Psiquiatría de enlace pediátrico equivaldrá al año básico y/o complementario de Pediatría.

La Comisión competente valorará que un año de formación médica post-graduada en Servicios reconocidos sea tenido en cuenta y convalidado en el conjunto del programa formativo.

El punto 4 del Informe trata de las Unidades y Centros Docentes y su acreditación. El punto 5 de la Formación Teórica y el 6 de un Sistema de Reconocimiento y Titulaciones de quienes ya poseen la formación propia del especialista, proponiendo el establecimiento de una Disposición transitoria que, con carácter inmediato nombre una Comisión a tal efecto y establezca criterios. Se hace una propuesta de Comisión y criterios. Finalmente se añade una breve bibliografía. Sobre todos estos puntos, que no se transcriben, no hubo discusión en la Coordinadora, se puede decir que son de sentido común, sujetos a concepciones actuales, suficientemente abiertos a especificaciones y suficientemente completos. La elaboración del Informe tuvo que hacer esfuerzos adaptativos en lo referente a los Períodos fundamentales de la Formación. Al respecto, SEPYPNA tiene unas concesiones de mayor asentamiento en la Psiquiatría.

Desde que el Informe fue aprobado, pasó la Coordinadora a un primer período de difusión del mismo. Se ha enviado, entre otras Autoridades e Instancias:

- A S.M. la Reina Sofía
- Al Defensor del Pueblo, que lo ha admitido a trámite.
- Al Excelentísimo Sr. Ministro de Sanidad y Consumo.
- Al Ilustrísimo Sr. Presidente del Consejo Nacional de Especialidades Médicas.
- Al Presidente de la Comisión Nacional para las Especialidades de Psiquiatría.
- Al Excelentísimo Sr. Ministro de Educación y Ciencia.
- Al Ilustrísimo Sr. Director de Enseñanza Superior del Ministerio de Educación y Ciencia.
- A diversas Instancias de las diferentes Comunidades Autónomas.
- También se le ha hecho llegar a Convergencia y Unió, que poco después llevó la cuestión de la Especialidad de Psiquiatría Infantil al Parlamento Español formulando preguntas concretas y solicitando respuestas por escrito.
- Y ha sido publicado y debatido en diferentes ámbitos profesionales, obteniendo por ejemplo el apoyo de la Junta Directiva de la A.E.N.

Cuando estaba previsto un relanzamiento de cartas a petición de entrevistas, el pasado 9 de mayo se disuelve en su última reunión de Zaragoza la Coordinadora General que dió lugar al Informe. Esto, a iniciativa del recién nombrado Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil (Dr. José Tomás Vilaltella) y con el acuerdo del Presidente de la Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil de la A.E.N. y Presidente de la Sección de Psiquiatría Infantil de la A.E.N. (Dr. J.L. Pedreira Massa) y de la Presidente de la Societat Catalana de Psiquiatría Infantil (Dra. Lourdes Teixidó Masip). En mis funciones de

representación de SEPYPNA, consideré esta medida errónea, inoportuna y contraproducente; y de manera muy concreta, para la consecución de nuestra Especialidad. Todos tendremos que reflexionar, pero a quien argumenta que es necesaria una única Asociación cara a nuestra coordinación internacional, yo le diría que es un mal comienzo disolver una estructura que estaba cumpliendo importantes funciones a nivel de España y que en sus propios estatutos estaba previsto el avance hacia fórmulas de una mayor integración y entendimiento. Quien piense que lo mejor es funcionar a su aire, que no le falte. SEPYPNA confió en que siempre seguirá dispuesta a trabajar y a aunar esfuerzos en torno a conseguir la formación de especialistas y el desarrollo de la Asistencia en Salud Mental a niños y adolescentes, pero no de cualquier manera.

III. FORMULAS DE ESPECIALIZACION A NIVEL INTERNACIONAL

Cuando se estaba elaborando el Informe (finales del 90 – principios del 91), entre la escasa bibliografía sobre el tema, no pude hacerme con un par de trabajos interesantes, que acababan de salir a la luz en octubre del 90 en Francia y que los considero de interés y bastante fiabilidad (la bibliografía sobre el tema es a menudo contradictoria e imprecisa). Uno es una extensa tesis doctoral, creo que inédita, hecha en Burdeos por Marie Laurence Lachau de sobre la Formación Psicológica y Psiquiátrica de los Médicos Generalistas y de los Especialistas en Psiquiatría de la CEE (7). Otro es el libro «Histoire de la Psychiatrie de l'enfant» de Didier-Jacques Duché (8), que consagra un capítulo a la Psiquiatría Infanto-Juvenil en el mundo. Basándome sobre todo en ambos trabajos, daré un pequeño «flash» sobre la especialización en diferentes países, deteniéndome más en alguno por haber encontrado más datos o parecerme más interesante y me limitaré casi exclusivamente a mencionar la duración y los períodos de formación:

ALEMANIA (7, 8, 9, 10)

- Está reconocida la Especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.
- Cuatro años de especialización:
 - un año de Pediatría o Psiquiatría.
 - tres años de Paidopsiquiatría (7)
 - un año de Pediatría
 - un año de Psiquiatría
 - dos años de Paidopsiquiatría (8)
- Comprende formación psicoterapéutica reglada
- Existe un psiquiatra de niños/tres de adultos

BELGICA Y HOLANDA (8)

- No existe un reconocimiento oficial de la Especialidad de Psiquiatría Infantil, pero se considera que existe una formación no oficial de especialistas considerada de buena calidad.

DINAMARCA (8, 9, 10)

- La Especialidad de Psiquiatría Infantil está reconocida
- Cinco años de especialización:
 - un año de Psiquiatría de Adultos.
 - un año de Pediatría.
 - tres años de Psiquiatría Infantil

ESTADOS UNIDOS (8)

- La Especialidad de Psiquiatría de Niños o Paidopsiquiatría está reconocida.
- Tras los estudios de Medicina se necesitan cinco años para ser especialistas:
 - uno de Medicina General
 - dos de Psiquiatría General
 - dos de Paidopsiquiatría

FRANCIA (7, 9, 10)

- La Especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente está reconocida.
- Se necesita el Diploma de Psiquiatría (de cuatro años) o el de Pediatría y luego dos años complementarios. Pero en la especialidad de Psiquiatría ya se habrá hecho un año de Psiquiatría Infantil y en la de Pediatría dos años (entre Psiquiatría General y Psiquiatría Infantil). Total 6 años.

GRECIA (8, 9)

- Está reconocida la Especialidad de Paidopsiquiatría.
- No se mencionan otros datos.

IRLANDA (8, 9)

- La Especialidad de Psiquiatría Infantil está reconocida.
- Cuatro y medio a cinco años de especialización.

ITALIA (7, 8, 9, 10)

- La Especialidad de Neuropsiquiatría Infantil está reconocida.
- La formación dura cuatro años.
- No se reseñan otros datos sobre los períodos de formación.

LUXEMBURGO (9, 10)

- Está reconocida la Especialidad de Psiquiatría Infantil.
- No se señalan otros datos.

NORUEGA (8)

- La Especialidad de Paidopsiquiatría está reconocida.
- Mínimo de cinco años y medio de especialización:
 - un año de Psiquiatría de Adultos.
 - seis meses en Pediatría.
 - tres años en Psiquiatría de Niños y Psicoterapia.
 - un año opcional en Psiquiatría de Adultos, Pediatría o Paidopsiquiatría.
 - No se reseña el acceso por vía pediátrica.

PORTUGAL (9, 10, 11)

- La Especialidad de Psiquiatría Infantil está reconocida.
- Cuatro años de especialización:

- un año de Psiquiatría General.
- seis meses en Pediatría.
- dos años y medio en Salud Mental Infantil.
- Se desconoce la existencia del acceso por vía pediátrica.

REINO UNIDO (8, 9, 10)

- La Especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente está reconocida como una formación diferenciada.
- Mínimo de cinco años y medio:
 - tres años de Psiquiatría General.
 - dos años y medio a tres y medio de Psiquiatría Infantil.

No se hace referencia a la vía de acceso pediátrico.

SUECIA (8)

- La Especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente está reconocida desde 1951, tiene una orientación muy psicodinámica y se inspira en las escuelas británicas y estadounidenses.
- No se reseñan otros datos.

IV. ALGUNAS CUESTIONES QUE SE PLANTEAN AL ABORDAR EL TEMA DE LA ESPECIALIDAD

Pretendo evocarlas y dar una primera opinión, sin profundizar, ni extenderme en ellas:

1. El sentido de una Especialidad autónoma

Un ejemplo de una situación que no conviene en modo alguno para el desarrollo de nuestra Especialidad es la situación actual. una capacitación específica establecida y organizada por una Comisión Nacional en la que no hay más que Psiquiatras de Adultos. Una capacitación que no tiene su propia Comisión específica, no puede llevar a cabo de forma adecuada acreditaciones de Unidades Docentes, homologaciones, titulaciones y, en definitiva, impulsar la formación especializada haciendo llegar la opción formativa a estudiantes de Medicina y de post-grado. Poco importa que se llame superespecialidad, subespecialidad, capacitación, diplomatura, etc... Lo esencial cuando hablamos de una Especialidad autónoma es que tenga una Comisión propia, integrada por una mayoría de Psiquiatras de Niños y Adolescentes, que existan Cátedras de Psiquiatría Infantil (no sólo una), que en la red asistencial haya Psiquiatras Infantiles perteneciendo a un sistema organizativo y a unos equipos de Salud Mental Infantil. Que si la formación está incluida dentro de la Psiquiatría General, que lo esté pero al mismo título que la Psiquiatría de Adultos o de la Edad Avanzada. Me parece fundamental que haya una adecuada integración y una cierta coherencia en el desarrollo de la Psiquiatría en su conjunto. Resumiendo: el sentido de una Especialidad autónoma es el de tener un Comisión de especialización propia y en pie de igualdad con la Psiquiatría de Adultos, tanto en el plano docente como asistencial.

2. ¿Especialidad pediátrica o psiquiátrica?

El panorama internacional apoya que nuestra Especialidad sea una especialidad fundamentalmente psiquiátrica, pero tam-

bién es cierto que ha habido, y hay, bastantes (aunque sean una minoría) Psiquiatras Infantiles provenientes de la Pediatría. De ahí que parezca razonable, e incluso conveniente, el facilitar una entrada a la Psiquiatría de Niños y Adolescentes desde la Pediatría. El Profesor Alberto Lasa, Presidente de SEPYPNA, estuvo recientemente en Bruselas en la última reunión de la Unión Europea de Médicos Especialistas y, según nos ha informado, allí se intentó crear una Subsección de Psiquiatría de Niños y Adolescentes dentro de la Monosección de Psiquiatría y no se obtuvo el acuerdo por parte de los propios Psiquiatras de Adultos. Se decidió crear una Monosección de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Previamente a esta aprobación se rechazó unánimemente que la Psiquiatría de Niños y Adolescentes fuese Subsección dentro de la Monosección de Pediatría.

3. *¿La Especialidad debería ser de Psiquiatría y de Psicoterapia?*

Es una cuestión compleja. Países como Suiza así lo tienen establecido. Lo que no cabe duda es que el Psiquiatra de Niños y Adolescentes debería tener una formación psicoterapéutica y no tendría porqué ser paralela y, mucho menos, iniciarse posteriormente. Yo estaría a favor de que la formación psicoterapéutica se llevase a cabo haciendo parte de la Especialidad y dando todo tipo de facilidades y apoyos para ello.

4. El nombre de la Especialidad

No es una cuestión fundamental, pero está ahí. Paidopsiquiatría y Psiquiatría Infantil hacen referencia sólo al niño. El cuanto al término de Psiquiatría Infanto-Juvenil, no convence mucho llamarles «infantes» a los niños y por otro lado hasta los 30-40 años, por lo menos, alguien puede considerarse joven. Yo sería más partidario, tal como se aceptó en el Informe, de adoptar la denominación más sencilla de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, comprendiendo así de forma clara el conjunto de la edad más evolutiva de la vida. Además se nombra a seres

bien concretos y diferenciados (niños y adolescentes), lo mismo que cuando se habla de Psiquiatría de Adultos.

5. La cuestión del agravio comparativo

Ha sido también abordado en el Informe. El Anexo 4 del Real Decreto 1961/1987 del 29 de diciembre (12) al referirse a las condiciones de los Médicos Especialistas, exige un mínimo de 4 años de formación especializada en Psiquiatría Infantil a los Médicos de la C.E.E. para que dicho título de la Especialidad les sea reconocido a todos los efectos en España. Además de ser una paradoja (teniendo en cuenta las exigencias hacia quienes trabajamos como Psiquiatras Infantiles en España), es un fuerte agravio comparativo para nosotros. El Psiquiatra al que se le reconoce, en la práctica, su capacitación para tratar niños y adolescentes en España, no podrá homologar su formación, tener un título que le permita acceder a puestos, o simplemente ejercer, en otros países de la C.E.E. y, a su vez, un titulado extranjero que reúna las condiciones del citado Real Decreto estaría en mejores condiciones para ejercer, o tener acceso a puestos, en España.

6. *Mas importante que el agravio comparativo a nivel de los profesionales*

Es el agravio comparativo que se les hace a los niños y adolescentes españoles cuando su Administración Pública no se ocupa de formar profesionales especializados como sucede en la casi totalidad de los países de la C.E.E. La mayoría de los niños y adolescentes españoles que presentan problemas psíquicos, o no están atendidos psiquiátricamente o lo están por un Psiquiatra con formación en Adultos o, en el mejor de los casos, por Psiquiatras con mayor o menor formación en niños y adolescentes sin acreditar oficialmente. Faltan Psiquiatras de Niños y Adolescentes en la red asistencial porque no se forman especialistas, y para formarlos, se necesita una red asistencial acreditada. Por algún lado habrá que empezar.

V. CONCLUSIONES Y ALTERNATIVAS

1. Para obtener una homologación y una especialización, lo que conllevaría siempre el establecimiento de un Decreto o de una Ley satisfactorias, sólo hay dos vías:

1ª. La concentración de esfuerzos, el diálogo y la incesante presión sobre las Instituciones. Esta era la política que trataba de seguir últimamente la Coordinadora, pero ha quedado interrumpida.

2ª. La vía judicial que algunas Asociaciones-miembro de la Coordinadora invocaban en la última reunión como la única efectiva. Yo considero que no es un camino a descartar, siempre que paralelamente se continúe con la primera vía. Pese a todo, podría presentar los siguientes inconvenientes:

- a) La tramitación sería costosa. Hace poco más de un año un buen abogado de Barcelona calculaba, a petición de la Coordinadora, alrededor de 20 millones de gastos.
- b) Aún siendo la sentencia favorable, la ejecución gubernamental podría dilatarse enormemente en el tiempo.
- c) El estar pendiente de una resolución oficial favorecería posiciones pasivas en cuanto a la vía del diálogo y la presión sobre las Instituciones. Considero que fruto de la primera vía es que la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría está preparando, según me ha confirmado su Presidente, una Comisión de Expertos españoles y extranjeros que se reunirán este otoño para concluir en torno a nuestra Especialidad. Pensamos a menudo que éste es

el cuento de nunca acabar, pero ojalá tenga éxito y estaremos muy pendientes de que sea así.

2. Dada la inexistencia de la Coordinadora, pero que el Informe sigue siendo un documento de consenso, debería tomarse como un elemento de referencia en diálogos y presiones sobre las instancias de la Administración. Si se configuran nuevas fórmulas organizativas en pro de la Especialidad, el Informe puede ser tomado como documento de base susceptible de modificaciones.

3. Es necesario insistir siempre, cara a futuras reglamentaciones o Decretos para que no suceda como con los dos Programas de la Comisión Nacional, en que lo primero a establecer es una Disposición transitoria que prevea la homologación de títulos para quiénes ya poseen la formación propia del especialista. En un segundo lugar vendrá la acreditación de Unidades Docentes y la puesta en marcha de la formación de especialistas. También se haría efectiva la formación en Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Psiquiatra de Adultos.

No quiero terminar sin decir que la atención a los problemas psíquicos de los niños y adolescentes españoles no es una cuestión que incumba únicamente a los profesionales de la Psiquiatría y que, de la misma forma que estamos tratando de sacar adelante una formación especializada en Psiquiatría hay que hacerlo con la Psicología y con otros profesionales de gran importancia para los equipos de Salud Mental de Niños y Adolescentes.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría. «Programa de la Especialidad de Psiquiatría de 1979». Edita Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
2. Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría. «Programa de la Especialidad de Psiquiatría aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por Resolución de fecha 15 de julio de 1986». Guía de Formación de Médicos Especialistas. Madrid, 1986.
3. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. «Borrador del Real Decreto de Especialidades Médico-Sanitarias de Licenciados Superiores de 23 de junio de 1989». Madrid.
4. C. Cobo Medina, Director de la ponencia «Modelos de Organización Internacional en Psiquiatría Infantil», presentada a la XX Reunión Nacional de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil. Pamplona 1977.
5. Coordinadora General de Asociaciones de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia y Adolescencia. «Informe sobre la Especialidad en Psiquiatría de Niños y Adolescentes» del 15 de marzo de 1991. Madrid.
6. Coordinadora General de Asociaciones de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia y Adolescencia. «Declaración del 25 de septiembre de 1990». Madrid.
7. M.L. Lachaud. «La Formation Psychologique et Psychiatrique des Medecins Generalistes et des Specialistes en Psychiatrie dans la C.E.E.». Tesis de la Universidades de Burdeos II, 1990.
8. D.J. Duche. «Histoire de la Psychiatrie de l'enfant». PUF Fondamental. París, 1990.
9. A. Berguer. «Las Especialidades Médicas en España y en las Comunidades Europeas» (Como experto del Comité de Formación Médica de la C.E.E.). Serie Monográfica de Especialidades Médicas nº 36. Edita: Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990.

10. El Consejo de las Comunidades Europeas. «Directiva 75/362/CEE del Consejo, sobre reconocimiento mutuo de diplomas, certificados y otros títulos que contiene además medidas destinadas a facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y de libre prestación de servicios, hecho en Luxemburgo el 16 de junio de 1975» (incluyendo las modificaciones posteriores) en «El Ejercicio de las Profesiones de Médico, Odontólogo-dentista, Veterinario y Farmacéutico en las Comunidades Europeas». Edita Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1989.
11. Colegio da Especialidade de Psiquiatria Infantil. «Regimento da Especialidade de Psiquiatria Infantil». Psiq. inf. 1.1.4.1. Lisboa, 1984.
12. Real Decreto 1961/1989 de 29 de diciembre. Anexo IV, B.O.E. nº 13, lunes 15 de enero de 1990, pág. 1.275.

**CLASIFICACION FRANCESA DE LOS PROBLEMAS
MENTALES DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE [CFTMEA]¹
Presentación General**

Por R. MISES

RESUMEN

El autor recuerda los objetivos y las ventajas de la Clasificación Francesa de las Alteraciones Mentales del niño y el adolescente; evoca los trabajos realizados en Francia y en el extranjero y ofrece una presentación de la última versión.

Que los organizadores del Congreso hayan consagrado una sesión plenaria a los trabajos sobre una clasificación revela el interés dado a este problema en un momento en el que tanto los profesionales como los poderes públicos desean disponer de los instrumentos necesarios en las encuestas epidemiológicas y en la evaluación de las acciones emprendidas, esto en tanto el dominio de la práctica usual como en el de la investigación.

La elección de clasificaciones no es nunca neutra, sustenta la organización y la finalidad de los sistemas de salud y debe

¹ La traducción de esta clasificación ha sido realizada por un equipo de psiquiatras y psicólogos bajo la dirección de la Dra. Isabel Orbe, Jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil de Vitoria - Servicio Vasco de Salud /OSAKIDETZA.

permitir el desarrollo de acciones abiertas, nunca reducidas. La clasificación francesa de las alteraciones del niño y el adolescente (CFTMEA) se inscribe en esta corriente; se sabe que es una clasificación biaxial, estadística que comporta un glosario que ofrece criterios precisos de inclusión y de exclusión y es compatible con el proyecto de la 10ª revisión del capítulo 5 de la Clasificación Internacional de enfermedades de la OMS, lo que asegura una posibilidad de utilización a nivel internacional.

El equipo de redacción se ha esforzado en despejar y aclarar los puntos de acuerdo fundamentales de orden clínico, de manera que ésta pueda ser utilizada por los profesionales que están lejos de compartir las mismas opciones teóricas. Desde las investigaciones preliminares se hizo hincapié sobre la facilidad de empleo y en la adaptación de subcategorías a una práctica ampliada de prevención o de cuidados, ambulatorios o institucionales.

En el curso de la encuesta nacional presentada hoy por N. Quemada, el 89% de los equipos han podido apoyarse sobre esta clasificación sin encontrar mayores dificultades en un estudio llevado a cabo en más de 50.000 niños.

Más que volver sobre los análisis presentado en publicaciones anteriores nos contentaremos con presentar la versión más reciente que se ha beneficiado de modificaciones de detalle a partir de las observaciones hechas en el curso de la encuesta nacional: esta versión será difundida en el conjunto de los servicios de paidopsiquiatría, figura sobre la ficha individual por paciente utilizable a partir de 1.990. No hay que prever pues modificaciones nuevas hasta dentro de bastantes años.

La CFTMEA llega así a un punto en el que los paidopsiquiatras son llamados a buscar los instrumentos perfeccionados de recogida y tratamiento de datos, mientras que los poderes públicos experimentan un interés creciente por los estudios epidemiológicos así como por la adaptación continua de los instru-

mentos de descubrimiento y de atenciones a los datos en continuo movimiento que la práctica hace aparecer.

El acuerdo realizado alrededor de la CFTMEA no prohíbe que pueda ser completada por los parámetros suplementarios que éste u otro equipo deseen aportar en función de sus intereses propios especialmente en una perspectiva de investigación.

Hoy en día se manifiestan igualmente, de manera explosiva el interés que muchísimos colegas extranjeros, francófonos o no dan a nuestras investigaciones con el mismo deseo de disponer de instrumentos de clasificación que dejen abierto el campo de las investigaciones psicopatológicas.

Muchos de ellos aportan contribuciones de valor lo que constituye una garantía importante para el mantenimiento de lazos científicos privilegiados en un contexto cultural donde las contribuciones de la escuela francesa y de las corrientes francófonas son plenamente reconocidas.

CLASIFICACION FRANCESA DE LOS PROBLEMAS MENTALES DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Presentación General

La CFTMEA es una clasificación estadística biaxial que comporta un glosario.

El I es un eje clínico consagrado a las categorías clínicas de base; el eje II está consagrado a los factores asociados o anteriores eventualmente etiológicos. El glosario contiene definiciones y criterios de inclusión y de exclusión.

Como toda clasificación es ante todo un preámbulo indispensable en la comunicación. Es de hecho un compromiso permanente su utilización por todos los psiquiatras, los cuadros

elegidos no prejuzgan la manera en la cual el profesional llega a un diagnóstico, ni del lugar más o menos grande ofrecido aquí al análisis semiológico desde un acercamiento estructural. Sin embargo en todos los casos se trata de despejar síndromes, organizaciones, perturbaciones que se distinguen unas de otras por su naturaleza y sus virtualidades evolutivas. Estas perspectivas, incluyen en la aproximación clínica la toma en cuenta de la organización interna de un punto de vista psicopatológico, pero sin imponer un modelo prevalente.

Esta clasificación no puede, por tanto, ser utilizada más que por especialistas que conozcan los datos esenciales y las originalidades de la clínica psiquiátrica en el niño y el adolescente.

Esta clasificación es compatible con el proyecto de la 10ª revisión del capítulo V de la clasificación internacional de enfermedades de la OMS (CIM 10).

EJE I: CATEGORIAS CLINICAS DE BASE

La clasificación del caso no es nunca definitiva y la evolución del problema puede conducir ulteriormente a su clasificación en una categoría diferente.

El eje I está dividido en nueve categorías clínicas de base. Cada categoría está dividida a su vez en subcategorías que permiten puntualizar su clasificación. Estas son identificadas en el interior de la categoría por dos cifras. Es por tanto un número de tres cifras el que permite caracterizar los trastornos dominantes en el eje I de la clasificación.

La preocupación por mantener las categorías de base más comúnmente admitidas va a la par con la introducción de elementos innovadores.

1. Así la oposición tradicional entre neurosis y psicosis ha sido puesta en juego parcialmente por la introducción de una categoría consagrada a patologías de la personalidad que se sitúan precisamente fuera de los cuadros de la neurosis o la psicosis.

2. En el apartado de deficiencias mentales aparece la oposición entre formas armónicas o disarmónicas, oposición particularmente importante en el niño.

EJE II: FACTORES ASOCIADOS O ANTERIORES, EVENTUALMENTE ETIOLOGICOS

Consagrado a los factores asociados o anteriores eventualmente etiológicos, este eje permite retener, bajo dos rúbricas distintas de una parte las afecciones orgánicas y de otras las condiciones ambientales que parecen necesarias en la clasificación. Los items propuestos no se refieren a una esquematización correspondiente a un modelo etiológico que entrañaría una exclusión mutua entre componentes orgánicos y psicosociales.

Más que un peso etiopatogénico este dispositivo autoriza el apoyo sobre concepciones relacionadas en las que la enfermedad orgánica, los factores relacionales y sociales pueden ser considerados en su dimensión interactiva.

El glosario proporciona las definiciones de cada una de las subcategorías así como sus inclusiones y exclusiones, generalmente bajo forma de criterios tan concisos como sea posible. Se supone, como ya ha sido mencionado, que son conocidos los datos esenciales de la clínica psiquiátrica del niño y el adolescente.

Los elementos suministrados son operatorios y deben servir de guías de clasificación.

MODO DE UTILIZACION

El recurso a las categorías que figuran sobre el eje I y el eje II exige el respeto de las indicaciones facilitadas por el glosario. Además las modalidades que aparecen después, deben ser respetadas.

EJE I: CATEGORIAS CLINICAS DE BASE

La clasificación de los trastornos según el eje I que conduce a la elección de una o más rúbricas de tres cifras de este eje, se hace respetando las siguientes reglas:

1. La elección de la categoría principal

La clasificación descansa bajo la elección de una rúbrica de tres cifras que constituye la categoría principal.

- a) Las categorías 1 a 4 responden a organizaciones excluyentes la una de la otra y que tiene un lugar preponderante; el clínico está llamado a retenerlas de forma prioritaria e incluir los casos en que los trastornos, justificando la clasificación en una de las cuatro categorías aún cuando se asocien a otras manifestaciones (éstas que aparecen solamente como categorías complementarias en las condiciones precisadas más abajo).
- b) Se consideran las categorías 5, 6, 7 y 8 en categoría principal sólo en los casos en los que las alteraciones no pueden ser inscritas en las categorías 1 a 4.

2. Recurrir a una categoría complementaria. Después de haber efectuado la clasificación en una categoría principal es posible añadir una rúbrica complementaria, también de tres cifras considerando las categorías siguientes según los casos:

- a) Para señalar la asociación a una insuficiencia intelectual se recurrirá a la escala de nivel mental que figura en la categoría 5 (por ejemplo una psicosis precoz deficitaria con retardado disarmónico con cociente intelectual 40, será codificada: 1.02, 5.16).
- b) Para señalar la asociación a alteraciones de las funciones instrumentales, recurriremos a la categoría 6 (por ejemplo, alteraciones neuróticas evolutivas con dominancia fóbica con trastornos lexicográficos serán codificadas: 2.02, 6.03).
- c) Para señalar la asociación a trastornos ligados al uso de drogas o alcohol, recurriremos a la categoría 7 (por ejemplo un carácter neurótico con uso ocasional de alcohol será codificado: 2.06, 7.10).
- d) Para señalar la intrincación de trastornos de expresión somática y/o comportamental, recurriremos a la categoría 8 (por ejemplo una disarmonía psicótica con encopresis será codificada: 1.03, 8.07).

3. Casos particulares

- a) Para las deficiencias mentales se anota a la vez el nivel de retraso (2ª cifra) y la naturaleza de los trastornos (3ª cifra). Por ejemplo: una deficiencia armónica con un C.I. de 60 será codificada: 5.05.
- b) Para los trastornos ligados al uso de drogas y alcohol se puede identificar a la vez el uso (2ª cifra) y el producto utilizado (3ª cifra). Por ejemplo: el uso ocasional de cocaína será codificado: 7.16.
- c) Para los trastornos neuróticos en cuyas subrúbricas individualizan la dominante (de 2.00 a 2.07) es posible

registrar la asociación de dos síndromes igualmente dominantes creando nuevas subrúbricas. Se retiene pues además de número de la categoría las terceras cifras de las rúbricas que caracterizan cada uno de los síndromes. Por ejemplo: los trastornos neuróticos con dominancia fóbico-obsesiva serán codificados: 2.23.

- d) Las depresiones más que ser agrupadas en un cuadro común, han sido repartidas en función de la organización donde aparece el síndrome depresivo. La elección se propone entre: psicosis distímica (1.06), depresión neurótica (2.05), depresión crónica (3.01), depresión reaccional (4.00), momento depresivo que corresponde a una variación de la norma (9.01).
- e) Las tentativas de suicidio (8.09) han sido individualizadas en sentido de la categoría 8 en razón de su frecuencia y de la importancia que reviste en psiquiatría del adolescente, incluso si no constituyen en sí mismos un trastorno. Es por tanto conveniente registrarlos sistemáticamente, ya aparezcan aisladamente o se inscriban en una patología que se pueda clasificar en otra categoría.

EJE II: FACTORES ASOCIADOS O EVENTUALMENTE ETIOLÓGICOS

En cada uno de los dos cuadrados considerados, los factores orgánicos (1) y los factores y condiciones ambientales (2) es posible registrar más de un factor si se considera necesario en la clasificación. Esto permite retener los elementos que hayan jugado un papel determinante en la historia del niño pero igualmente autoriza a apuntar correlaciones actuales que no tienen de forma evidente un valor etiopatogénico.

Así ante un autismo infantil precoz, tipo Kanner (1.00 sobre el eje I), el clínico podrá retener a su vez en el eje II una anomalía cromosómica (14.2), una prematuridad (12.0), carencias afectivas precoces (22.0), hospitalización o emplazamiento institucional prolongado o repetitivo del niño (24.0). Estos elementos en su conjunto permiten escapar a un sistema explicativo unívoco.

La rúbrica 25 «contexto socio-familiar particular» proporciona una lista no exhaustiva de situaciones particulares que parece necesario registrar fuera de todo perjuicio etiológico.

LISTA DE CATEGORIAS DIAGNOSTICAS
(CLASIFICACION FRANCESA)

EJE I. CATEGORIAS CLINICAS DE BASE

1. PSICOSIS

- 1.00 Autismo infantil precoz tipo Kanner.
- 1.01 Otras formas de autismo infantil.
- 1.02 Psicosis precoces deficitarias.
- 1.03 Disarmonías psicóticas.
- 1.04 Psicosis de tipo esquizofrénico que aparecen durante la infancia.
- 1.05 Psicosis de tipo esquizofrénico que aparecen en la adolescencia.
- 1.06 Psicosis distímicas.
- 1.07 Psicosis agudas.
- 1.08 Otras.
- 1.09 No especificadas.

2. ALTERACIONES NEUROTICAS

(Posibilidad de asociar dos síndromes individualizados entre las categorías 2.00 y 2.08 anotando en este caso sólo la segunda cifra de cada subcategoría, por ejemplo: alteraciones neuróticas con predominio fóbico obsesivo serán codificadas).

- 2.00 Alteraciones neuróticas evolutivas de predominio ansioso.
- 2.01 Alteraciones neuróticas evolutivas de predominio histérico.
- 2.02 Alteraciones neuróticas evolutivas de predominio fóbico.
- 2.03 Alteraciones neuróticas evolutivas de predominio obsesivo.

- 2.04 Alteraciones neuróticas evolutivas en las que predomina la inhibición
- 2.05 Depresión neurótica.
- 2.06 Patologías neuróticas de la personalidad.
- 2.07 Problemas o trastornos neuróticos con perturbaciones de las funciones instrumentales.
- 2.08 Otros.
- 2.09 No especificados.

3. PATOLOGIA DE LA PERSONALIDAD (Fuera de neurosis y psicosis)

- 3.00 Patología de la personalidad y/o del comportamiento dentro de una disarmonía evolutiva.
- 3.01 Patología narcisística y/o analítica, depresiones crónicas, abandonismo.
- 3.02 Organizaciones de tipo caracterial o psicopático.
- 3.03 Organizaciones de tipo perverso.
- 3.04 Problemas de identidad sexual.
- 3.08 Otras.
- 3.09 No especificadas

4. ALTERACIONES REACTIVAS

Clasificar aquí las alteraciones que se definen por su aparición reciente con una causa precisa junto a integridad de la personalidad. NO PUEDEN SER EMPLEADAS MAS QUE EN LOS CASOS EN LOS QUE UNA INTERVENCION TERAPEUTICA PRECOZ RESUELVE LA SITUACION.

- 4.00 Depresión reactiva.
- 4.01 Manifestaciones reactivas diversas (independientemente de cual sea el modo de expresión mental, comportamental, escolar, social).
- 4.02 No especificadas.

5. DEFICIENCIAS MENTALES

(Retrasos, debilidades mentales y demencias).

No se clasificará en este apartado más que aquellos casos en que este sea el diagnóstico principal, y utilizar al mismo tiempo la categoría y el nivel de la deficiencia. Las otras formas se clasificarán prioritariamente en 1, 2 ó 3 según la naturaleza de la patología dominante, no apareciendo la deficiencia mental más que como categoría complementaria. Indicar a la vez la categoría de la deficiencia y el nivel mental (según las normas de C.I. utilizadas por la O.M.S.). Una deficiencia armónica de C.I. no será codificada 5.15.

Cociente intelectual

Categoría

5.0x 50-69

5.x5 Deficiencia armónica

5.1x 35-49

5.x6 Deficiencia disarmónica

5.2x 20-34

5.x7 Deficiencia con polipatología sensorial y/o motora

5.3x < que 20

5.x8 Demencia

5.4x Sin especificar

5.x9 Sin especificar

6. ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES INSTRUMENTALES

No incluir en esta categoría más que aquellos casos en los que no pueden utilizarse alguno de los apartados anteriores. Cuando puedan ser incluidos en otros apartados, utilizarla como diagnóstico complementario.

6.00 Retraso del lenguaje.

6.01 Alteraciones aisladas de la articulación.

6.02 Alteraciones complejas del lenguaje oral.

6.03 Alteraciones lexicográficas.

6.04 Discalculia.

- 6.05 Alteraciones del razonamiento.
- 6.06 Tartamudez, farfalleo.
- 6.07 Mutismo selectivo.
- 6.08 Hiperquinesia, inestabilidades psicomotrices.
- 6.09 Hiperquinesia asociada con movimientos estereotipados.
- 6.10 Retraso psicomotor.
- 6.11 Otras alteraciones psicomotoras.
- 6.12 Tics aislados.
- 6.13 Enfermedad de Gilles de la Tourette.
- 6.14 Alteraciones del lenguaje y de psicomotricidad asociadas.
- 6.15 Otras (fracaso escolar).
- 6.16 No especificadas

7. ALTERACIONES LIGADAS AL USO DEL ALCOHOL Y DROGAS

No clasificar aquí como categoría principal más que las formas en las que predomina la conducta toxicómana cualquiera que pudiera ser la patología subyacente. Las otras formas se clasificarán prioritariamente en 1, 2, 3 ó 4 según la naturaleza de la patología dominante, apareciendo la toxicomanía solamente como categoría complementaria. Identificar a la vez el uso y el producto utilizado. El uso ocasional de cocaína será codificado 7.16.

Uso	Producto empleado
7.0x Continuo	7.x0 Alcohol
7.1x Ocasional	7.x1 Tabaco
7.2x En remisión	7.x2 Hipnóticos y tranquilizantes
7.3x En desintoxicación	7.x3 Morfínicos
7.4x No específicos	7.x4 Cannabis
	7.x5 Alucinógenos
	7.x6 Psiconestimulantes cocaína, cafeína, anfetaminas)
	7.x7 Disolventes
	7.x8 Politoxicomanías
	7.x9 Otros productos, y no especificados

8. ALTERACIONES CON EXPRESION SOMATICA Y/O COMPORTAMENTAL

Clasificar aquí como categoría principal las alteraciones de expresión somática y/o comportamental, no inscribiéndose en una patología que debe ser clasificada prioritariamente en las rúbricas del 1 al 5. En los otros casos hacer aparecer las expresiones de expresión somática o comportamental como: categoría complementaria.

- 8.00 Afecciones psicosomáticas
- 8.01 Alteraciones psicofuncionales
- 8.02 Anorexia mental
- 8.03 Bulimia sin obesidad
- 8.04 Bulimia con obesidad
- 8.05 Otras alteraciones de la conducta alimenticia
- 8.06 Enuresis
- 8.07 Encopresis
- 8.08 Alteraciones del sueño
- 8.09 Tentativa de suicidio
- 8.10 Alteraciones aisladas del comportamiento
- 8.11 Retraso del crecimiento psicógeno
- 8.12 Otras
- 8.13 No específicas

No utilizar esta categoría como diagnóstico principal más que en aquellos casos en los que no haya sido posible incluirlo en alguno de los anteriores.

9. VARIACIONES DE LA NORMA

- 9.00 Angustias, rituales, miedos.
- 9.01 Momentos depresivos.
- 9.02 Conductas de oposición.

- 9.03 Conductas de aislamiento.
- 9.04 Dificultades escolares que no pueden ser clasificadas en otros apartados.
- 9.05 Retrasos o regresiones transitorias.
- 9.06 Aspectos originales de la personalidad.
- 9.08 Otros.
- 9.09 No específicos.

EJE II. FACTORES ASOCIADOS O ANTERIORES Y EVENTUALMENTE ETIOLÓGICOS

1. FACTORES ORGÁNICOS

(Utilizar si fuera necesario más de un código)

- 10. Ausencia de factores orgánicos conocidos.
- 11. Factores prenatales de origen materno:
 - 11.0 Intoxicación infecciosa o parasitaria (rubeola, toxoplasmosis, sífilis...)
 - 11.1 Intoxicación tóxica (alcohol, medicamentos, drogas y irradiación...).
 - 11.2 Intoxicación relacionada con una enfermedad de la madre (diabetes, cardiopatía, malnutrición severa...).
 - 11.3 Otras.
- 12. Factores perinatales.
 - 12.0 Prematuridad, dismadurez.
 - 12.1 Sufrimiento cerebral perinatal.
 - 12.2 Incompatibilidad sanguínea materno-fetal.
 - 12.3 Otras.

13. Lesiones cerebrales postnatales.
 - 13.0 De origen infeccioso (vírico, bacteriológico) o parasitario.
 - 13.1 De origen tóxico.
 - 13.2 Por traumatismo craneal.
 - 13.3 Tumores cerebrales.
 - 13.4 Otros.

14. Enfermedades de origen congénito o genético.
 - 14.0 Trisomía 21 o mongolismo.
 - 14.1 Otras anomalías cromosómicas autosómicas.
 - 14.2 Anomalías cromosómicas gonosómicas (síndrome del cromosoma X frágil, disgenesia gonádica).
 - 14.3 Fenilcetonuria.
 - 14.4 Otras enfermedades metabólicas.
 - 14.5 Hipotiroidismo congénito.
 - 14.6 Neuroectodermosis congénitas (esclerosis tuberosa de Bourneville).
 - 14.7 Malformaciones cerebrales congénitas (microcefalia, macrocefalia, hidrocefalia).
 - 14.8 Otras.

15. Enfermedades y afecciones somáticas invalidantes.
 - 15.0 Déficit sensoriales.
 - 15.1 Lesiones motoras de origen central (IMC).
 - 15.2 Lesiones neurológicas de origen no cerebral.
 - 15.3 Afecciones musculares (miopatía,...).
 - 15.4 Malformaciones congénitas no cerebrales (espinia bífida, pseudohermafroditismo).
 - 15.5 Secuelas de accidentes físicos sin lesiones cerebrales.
 - 15.6 SIDA.
 - 15.7 Hemofilia.

- 15.8 Enfermedades somáticas de largo curso (cáncer, diabetes, afección bronco-pulmonar...)
- 15.9 Otras.
- 16. Convulsiones y epilepsia.
 - 16.0 Epilepsia idiopática.
 - 16.1 Encefalopatía epiléptica evolutiva y epilepsias severas (síndrome de West y de Lennox-Gastant).
 - 16.2 Otras epilepsias sintomáticas.
 - 16.3 Manifestaciones convulsivas no epilépticas.
 - 16.4 Otras.
- 17. Antecedentes de enfermedades somáticas en la infancia.
- 18. Otras.
- 19. Sin respuesta por falta de información.

2. FACTORES Y CONDICIONES DEL DESARROLLO (Utilizar si fuera necesario más de un código)

- 20. No existen factores del desarrollo a retener.
- 21. Trastornos mentales o perturbaciones psicológicas comprobadas en la familia.
 - 21.0 Psicosis puerperal.
 - 21.1 Depresión maternal en período postnatal.
 - 21.2 Disfuncionamiento interactivo precoz.
 - 21.3 Discontinuidad en los procesos de cuidados maternos en el primer año.
 - 21.4 Otro trastorno importante de relaciones precoces.
 - 21.5 Trastornos mentales de uno o los dos padres (distintos de los clasificados en 21.0 o 21.1).

- 21.6 Trastornos mentales de otro miembro de la familia.
 - 21.7 Alcoholismo o toxicomanía parental.
 - 21.8 Perturbaciones psicológicas severas y actuales en el medio familiar.
 - 21.9 Otros.
22. Carencias afectivas, educativas, sociales, culturales.
- 22.0 Carencias afectivas precoces.
 - 22.1 Carencias afectivas ulteriores.
 - 22.2 Carencias socio-educativas.
 - 22.3 Otros.
23. Malos tratos y negligencias graves.
- 23.0 Sevicias y violencias físicas.
 - 23.1 Negligencias graves.
 - 23.2 Abuso sexual.
 - 23.3 Otros.
24. Acontecimientos que entrañan la ruptura de lazos afectivos.
- 24.0 Hospitalización o estancia institucional prolongada o repetitiva del niño.
 - 24.1 Ruptura interactiva de los modos de cuidado.
 - 24.2 Hospitalización o estancia institucional prolongada o repetitiva de uno o los dos padres.
 - 24.3 Muerte de uno o los dos padres.
 - 24.4 Muerte de uno o de los dos abuelos.
 - 24.5 Muerte entre los hermanos.
 - 24.6 Abandono parental.
 - 24.7 Otros.
25. Contexto socio-familiar particular.
- 25.0 Gemelidad.
 - 25.1 Niño actualmente acogido.

- 25.2 Niño adoptado.
 - 25.3 Niño de padres separados.
 - 25.4 Niño criado por los abuelos.
 - 25.5 Familia monoparental.
 - 25.6 Familia inmigrada.
 - 25.7 Enfermedad orgánica grave de uno de los padres.
 - 25.8 Medio socio-familiar muy desfavorecido.
 - 25.9 Otros.
26. Niño nacido por procreación artificial.
28. Otros.
29. Sin respuesta por falta de información.

GLOSARIO Y GUIA DE CLASIFICACION

EJE I. CATEGORIAS CLINICAS DE BASE

1.00 Autismo infantil precoz de Kanner.

Clasificar aquí el síndrome individualizado por L. Kanner, cuando reúne conjuntamente las siguientes características:

- 1) Inicio en el curso del primer año con la organización de un cuadro completo antes de los tres años;
- 2) Presencia conjunta de trastornos característicos: retraso autístico mayor, búsqueda de la inmutabilidad, estereotipias, ausencia del lenguaje o trastornos específicos del lenguaje, disarmonía del desarrollo cognitivo.

Excluir:

- Las otras psicosis infantiles.
- Las deficiencias intelectuales disarmónicas (5.x6).
- Las demencias (5.x8).
- Los trastornos complejos del lenguaje oral (6.02).

1.01 Otras formas de autismo infantil.

Clasificar aquí las formas que presentan una predominancia de retraimiento autista pero que se distinguen del síndrome de Kanner por un cuadro que no reúne los rasgos característicos de este y por una fecha de inicio más tardía. Incluir:

- Ciertas formas de psicosis de tipo simbiótico cuando dominen los rasgos autistas.

Excluir:

- Las otras psicosis infantiles.
- Las deficiencias intelectuales disarmónicas (5.x6).
- Las demencias (5.x8).
- Los trastornos complejos del lenguaje oral (6.02).

1.02 Psicosis precoces deficitarias.

Clasificar aquí las formas donde los rasgos y mecanismos de la psicosis están intrincados de golpe a trastornos graves en la organización de las funciones cognitivas e instrumentales sin que se pueda establecer una predominancia de orden etiopatogénico o clínico de una de las vertientes sobre otra.

Entran pues en este cuadro las psicosis precoces que comportan un déficit bastante grave y bastante persistente para que pueda ser incorporado a las dificultades de comunicación solas y de dominio de la vida mental que caracteriza las psicosis.

En un cuadro dominado por el retraso mental y la disarmonía de adquisiciones, el diagnóstico descansa principalmente sobre la puesta en valor de un núcleo psicótico cuyas expresiones varían según los sujetos y según la evolución.

El retraso es menos masivo que en el síndrome de Kanner y las dificultades de comunicación son de origen complejo (en los estratos de fondo se asocian los déficits intelectuales, los trastornos gnósopráxicos y del lenguaje).

Las angustias psicóticas se exteriorizan sobre todo con ocasión de arrebatos que entrañan fases de repliegue muy acentuados, regresiones severas, comportamientos impulsivos no notablemente autoagresivos. Los fenómenos disociativos

comprobados o los episodios de delirio polimorfos pueden sobreenir, en particular, por los alrededores de la pubertad. Incluir:

- Las psicosis de expresión deficitaria.
- Las debilidades evolutivas.
- Los delirios insertados.
- Las psicosis insertadas.

Excluir:

- Las otras psicosis del niño y del adolescente sabiendo que todas las psicosis pueden ya comportar retrasos en las adquisiciones o ya presentan una evolución deficitaria progresiva.
- Cuando los procesos evolutivos llevan una organización deficitaria comprobada mientras que se atenúan los rasgos de la serie psicótica conviene hacer pasar al sujeto de la categoría 1 a la categoría 5 (deficiencia mental).
- Las deficiencias disarmónicas (5.x6). Los límites se fundamentan sobre el lugar central ocupado en las psicosis deficitarias por rasgos de la serie psicótica, teniendo en cuenta los riesgos en los que se puede incurrir.

1.03 Disarmonías psicóticas.

Clasificar aquí las formas que presenten las características siguientes:

- 1) Tienen una expresión manifiesta a partir de la edad de tres a cuatro años.
- 2) La sintomatología varía de un caso a otro y en un mismo niño, se modifica en el curso de la evolución. Se

encuentra entre los motivos de consulta las manifestaciones somáticas o comportamentales, la inestabilidad, las inhibiciones severas, las manifestaciones fóbicas, histéricas u obsesivas, las disarmonías en la emergencia del lenguaje y de la psicomotricidad sin que el déficit intelectual medido por los tests ocupe un lugar central, al menos en el período inicial. Los fracasos en las pruebas escolares son frecuentes (fobias escolares, dificultades de aprendizaje).

- 3) Tras esta sintomatología variable, los síntomas y mecanismos de la serie psicótica constituyen un elemento común:
- Amenaza de ruptura con la realidad, ausencia o mala organización de sentimientos de sí mismo y de las relaciones con la realidad.
 - Tendencia al desbordamiento del pensamiento por los afectos y de representaciones de extrema crudeza.
 - Expresión directa de impulsos en las conductas realizadas, en los fantasmas y en ciertos fenómenos de somatización.
 - Las angustias son de diversos tipos; angustias por nada, angustias depresivas y de separación, alguna vez ataques de pánico.
 - Dominancia de una relación dual con incapacidad de acceso a los conflictos y a los modos de identificación más evolucionados.
 - Predominancia de posiciones y de intereses muy primitivos.
- 4) A pesar de estos rasgos y mecanismos propios de la psicosis, las capacidades de adaptación y de control aseguran a menudo una protección contra los riesgos de desorganización.

Así mismo, las formas de expresión patológica pueden estar limitadas a ciertas áreas o no se manifiestan abiertamente más que en ciertas fases evolutivas.

Esta adaptación reposa todas las veces sobre la puesta en marcha de modalidades defensivas que implican restricciones notables en los intercambios con los demás.

Incluir, cuando responden a los criterios precedentes:

- las prepsicosis.
- las parapsicosis.
- las disarmonías evolutivas de estructura psicótica.
- las psicosis pseudo-neuróticas.
- las psicosis pseudo-caracteriales.
- los trastornos esquizoides.
- el síndrome llamado del niño atípico.
- las psicosis de tipo simbiótico.

Excluir:

- Las otras sub-categorías de psicosis del niño.
- Las patologías de la personalidad (categoría 3).
- Los trastornos neuróticos (categoría 2).

Las diversas organizaciones citadas entre las inclusiones provocan problemas diagnósticos difíciles. Así mismo las psicosis simbióticas descritas por M. Mahler sobre criterios psicoanalíticos, no entran todas en este cuadro pero pueden ser clasificados igualmente entre las psicosis de tipo autista (1.01) o de tipo esquizofrénico (1.04), según los aspectos clínicos dominantes.

De igual forma, los niños llamados por ciertos autores, atípicos, esquizoides, entran raramente en el cuadro de psicosis, encuentran más bien un lugar entre las patologías de la personalidad (categoría 3) los trastornos neuróticos (categoría 2) e incluso a veces entre las formas posibles de variaciones de la norma (categoría 9).

Finalmente, las prepsicosis, las parapsicosis provocan la dificultad de las fronteras respecto a las patologías de la personalidad (categoría 3).

1.04 Psicosis de tipo esquizofrénico que acontecen en la infancia

Clasificar las psicosis que se inscriben en un proceso evolutivo de larga duración donde predomina disociación, discordancia, desorganización grave de la vida mental, pérdida rápida de las capacidades de adaptación, a veces delirios. El inicio por encima de los cuatro años se manifiesta bien progresivamente bien a partir de un episodio de tipo agudo o subagudo en un sujeto considerado hasta entonces como normal o poco perturbado; estas psicosis constituyen igualmente un potencial evolutivo para otras formas del joven.

Incluir:

- esquizofrenias infantiles
- psicosis desintegradas
- psicosis discordantes
- psicosis delirantes

Excluir las otras psicosis destacando:

- las psicosis distímicas (1.06)
- las psicosis agudas, cuando no desembocan sobre un proceso evolutivo de larga duración (1.07)

- los episodios de descompensación transitoria que sobreviene en las otras formas, cuando no conllevan arreglos durables.

1.05 Psicosis de tipo esquizofrénico que comienzan en la adolescencia.

Clasificar aquí las psicosis que comienzan en la adolescencia y que conllevan a una evolución esquizofrénica a la edad adulta.

1.06 Psicosis distímicas.

Clasificar aquí las psicosis donde las alteraciones del humor constituyen el elemento central.

Las manifestaciones pueden aparecer a partir de los 3, 4 años bajo la forma de expresiones sintomáticas pertenecientes a la depresión y a la excitación. La invasión por los efectos depresivos, el repliegue sobre sí mismo, la disminución o ralentamiento idéico o incluso el vacío del pensamiento, se asocian o alternan con fases de excitación de tipo hipomanía a accesos de agitación o fenómenos de desbordamiento idéico.

En los alrededores de la adolescencia las psicosis depresivas o maníacas pueden aparecer ya con los aspectos y la significación de las formas de la del adulto.

Incluir las formas de la misma naturaleza, pero que han sido descritos bajo otra denominación:

- las psicosis afectivas
- los trastornos tímicos de estructura psicótica.

1.07 Psicosis agudas

Clasificar aquí los episodios agudos o subagudos que se expresan en particular en un cuadro que evoca un acceso delirante polimorfo de autores franceses o la esquizofrenia aguda de autores anglosajones. Se encuentran otros aspectos; incluyen toda una ruptura brutal de los marcos o señales usuales, una modificación profunda de lo vivido.

El diagnóstico no puede ser establecido más que en el caso en el que el retorno a la normalidad sea adquirida en un plazo rápido.

Excluir:

- las formas que comportan una prolongación de los trastornos más allá de algunas semanas (se clasifican según la naturaleza de los trastornos secundarios).
- las psicosis que presentan una repetición de accesos con modificaciones de la personalidad en su desarrollo (se clasificarían según la naturaleza de los trastornos secundarios).
- las descompensaciones de aspecto agudo que sobrevienen en una psicosis confirmada (se mantendría aquí la clasificación según los criterios de base).

1.08 Otros

1.09 No especificados: Clasificar bajo esta rúbrica la psicosis del niño sin otra precisión.

2. TRASTORNOS NEUROTICOS

Clasificar aquí trastornos variables en su expresión y su intensidad pero que tienen en común los elementos siguientes, observables a partir de los tres años, sean cuales sean las hipótesis etiopatogénicas.

- Se trata de perturbaciones duraderas sin tendencia espontánea a la curación no explicables por los acontecimientos recientes sino más a menudo a acontecimientos anteriores debidos al entorno del niño y que constituyen a menudo el factor desencadenante.
- Las relaciones con el ambiente se establecen bajo el doble signo de la violencia y de la dependencia pero sin llegar a la desposesión completa de las capacidades de individuación y de autonomía (se discuten aquí los límites de las patologías de la personalidad no psicóticos, categoría 3).
- El niño tiende a repetir en un ambiente nuevo, las conductas y los conflictos desarrollados inicialmente en el medio familiar.
- El sufrimiento psíquico particularmente la angustia bajo la forma pura o bajo otros aspectos, ocupa un lugar central incluyendo también los casos donde ciertos mecanismos limitan las expresiones directas de la enfermedad activa de fondo.
- Cualquiera que sea las variaciones somáticas frecuentes, la evolución incluye una restricción de las capacidades y potencialidades de los sujetos, pero de un modo limitado a ciertos sectores.
- Las distorsiones aportadas a las experiencias de la realidad quedan limitadas a ciertos dominios: no hay ame-

naza de ruptura ni verdadera pérdida de contacto con la realidad (se discutirán aquí las fronteras bis a bis de la psicosis y de las patologías de la personalidad).

Las subcategorías propuestas aquí constituyen reagrupamientos sindrómicos que no siempre se excluyen las unas a las otras, sobre todo en una perspectiva diacrónica.

Es por eso que la posibilidad de retener dos subcategorías está autorizada en las formas que comportan la intrincación de numerosos aspectos sindrómicos.

2.00 Trastornos neuróticos evolutivos con dominancia ansiosa.

Clasificar aquí cuando corresponden a los criterios expuestos más arriba las manifestaciones neuróticas para las cuales la expresión sintomática se hace esencialmente sobre la forma de la angustia aunque ésta revista la forma de manifestaciones agudas o de ansiedad difusa, crónica o intermitente.

Incluir:

- Estados ansiosos
- Ansiedad generalizada
- Pánico
- Equivalentes de la angustia

Excluir:

- Los otros trastornos neuróticos salvo trastorno asociado.
- Las psicosis distímicas (1.06) y las formas límites de la psicosis (1.03).
- Las patologías de la personalidad (categoría 3).
- Las variaciones de la norma (categoría 9).

2.01 Trastornos neuróticos con dominancia histérica.

Clasificar aquí cuando responden a los criterios generales más arriba expuestos los trastornos neuróticos dominados por las siguientes manifestaciones:

- Síntomas de conversión de tipo sensitivo-motor, sensorial, convulsivo, etc.... acompañados casi siempre por la llamada «bella indiferencia».
- Manifestaciones reagrupadas clásicamente bajo el nombre de «retraimiento del campo de la consciencia» y que se caracteriza por disociaciones (escotomizaciones) masivas de ciertos sectores del campo perceptivo, cognitivo o de la memoria, siempre significativamente unidas a los conflictos del paciente.
- Comportamientos y modalidades reaccionales dominados por el teatralismo, la puesta en escena y el hacer valer, asociados a una gran vulnerabilidad de la apreciación de los otros, una dependencia y una búsqueda afectiva, una propensión a las respuestas depresivas y a la mitomanía.

Incluir:

- El síndrome de Briquet (se reagrupa bajo esta entidad los casos esencialmente femeninos donde podemos encontrar como punto máximo la sobreconsumación médico-quirúrgica y un hándicap crónico constituido por quejas somáticas o manifestaciones de conversión polisintomáticas.
- Las personalidades múltiples.

Excluir:

- Los otros trastornos neuróticos salvo trastorno asociado.
- Los casos en los que manifestaciones similares se inscriben entre los síntomas de una personalidad de

tipo abandonónico, narcisista, perverso, psicopático, que se clasificarán en la categoría 3.

- Las formas de expresión histérica de la psicosis, clasificables en 1.03.

2.02 Trastornos neuróticos con dominancia fóbica

Clasificar aquí cuando responden a los criterios descritos más arriba, los rasgos y los mecanismos que pertenecen al registro fóbico cuando los síntomas característicos son esencialmente: las crisis de angustia y los comportamientos de huida o escape ante un elemento fóbico. Numerosos ataques de pánico se incluyen en este cuadro.

Incluir:

- Las dismorfofobias cuando responden a los criterios de la neurosis, o si no discutir los límites con las patologías de la personalidad.
- Las fobias de impulsión cuando el registro histerofóbico es dominante.

Excluir:

- Los otros trastornos neuróticos salvo trastorno asociado.
- Las fobias que pertenecen a la psicosis (1.03) o a una patología de la personalidad (categoría 3).

2.03 Trastornos neuróticos con dominancia obsesiva

Clasificar aquí cuando responden a los criterios generales antes descritos los rasgos y mecanismos pertenecientes al registro obsesivo que comporta esencialmente:

- Síntomas dominados por la actividad compulsiva cuando comporta ideas obsesivas y/o rituales conju-

ratorios. • Comportamientos y modalidades relacionadas con la excitación, la duda, la necesidad de verificación, la ambivalencia, la alternancia entre acercamientos y distanciamientos de personas cercanas, los rasgos de carácter llamados anales: orden, testarudez, avaricia, las formaciones reaccionales: escrupulosidad, piedad, obsequiosidad, manía de la propiedad...

Incluir:

- Las compulsiones, los gestos conjuratorios, los tics, las rumias mentales en la adolescencia.
- Las fobias de impulsión, en las cuales los componentes compulsionales son dominantes.

Excluir:

- Los otros trastornos neuróticos salvo trastorno asociado.
- Las patologías de la personalidad (categoría 3).
- Los tics aislados, la enfermedad de Gilles de la Tourette (categoría 6).
- Las obsesiones que pertenecen a la psicosis (1.03).
- Las variaciones de la norma (categoría 9).

2.04 Trastornos neuróticos con predominancia de las inhibiciones.

Clasificar aquí cuando respondan a los criterios generales arriba descritos los casos dominados por una inhibición duradera en el dominio de los aprendizajes y de las adquisiciones intelectuales con reducción de las actividades, defecto de utilización de las potencialidades. Además de la inhibición, el desarrollo de las actividades está marcado por la ausencia de placer, los sentimientos de duda y de incapacidad.

Excluir:

- La depresión bajo todas sus formas.
- Las formas marginales de psicosis.
- Las variaciones de la norma.

2.05 Depresión neurótica.

Clasificar aquí cuando responden a los criterios generales antes descritos los estados depresivos donde el síndrome depresivo domina el cuadro clínico en un contexto marcado por la continuidad con la personalidad anterior, la carencia afectiva, la búsqueda de valorización. Este diagnóstico refleja un estado actual, que es evidentemente variable con el tiempo.

Incluir:

- Trastornos distímicos: neurosis depresiva

Excluir:

- Las depresiones reaccionales (4.00).
- Las depresiones que pertenecen al registro psicótico (categoría 1).
- Los estados depresivos que pertenecen a una patología de la personalidad (3.01).
- Las variaciones de la norma (9.01).

2.06 Caracteres neuróticos, patologías neuróticas de la personalidad.

Clasificar aquí los casos en los que el comportamiento, la relación con la realidad, la vida relacional pertenecen al registro

neurótico anteriormente definido, pero en el que los rasgos neuróticos están ya fijados en actividades de carácter poco móviles que entrañan poco sufrimiento y angustia.

Las manifestaciones se presentan como datos de hecho o manifestaciones impuestas por la realidad. Estos rasgos pueden aparecer en el comportamiento sadomasoquista por ejemplo o manifestarse por componentes histéricos, fóbicos u obsesivos con dominancia egosintónica.

Incluir:

- Neurosis del destinado
- Neurosis del fracaso.

Excluir:

- Los otros trastornos neuróticos
- Las variaciones de la norma (categoría 9)
- Las disarmonías psicóticas (1.03)
- Las patologías de las personalidad (categoría 3).

2.07 Trastornos neuróticos con perturbaciones predominantes de las funciones instrumentales.

Clasificar aquí cuando respondan a los criterios descritos los casos en los que predominen las perturbaciones de las funciones instrumentales: torpezas psicomotrices, trastornos del lenguaje, defectos de aprendizaje, trastornos del pensamiento y del razonamiento en niño inteligentes.

Los conflictos son a la vez desplazados por los síntomas y enmascarados por ellos, pero se dejan traslucir en lo que el ni-

ño o el adolescente deje filtrar en sus discursos, en sus conversaciones, en las circunstancias de aparición de los trastornos, en las variaciones de las relaciones con el entorno susceptibles de modificarse, en conclusión en la propensión a repetir estos conflictos en las nuevas relaciones, especialmente terapéuticas.

Incluir:

- Disarmonías neuróticas.

Excluir:

- Los otros trastornos neuróticos, salvo trastornos asociados.
- Las disarmonías psicóticas (1.03).
- Los trastornos aislados de las funciones instrumentales (categoría 6).
- Las patologías de la personalidad (categoría 3).

2.08 Otros.

2.09 No especificados.

3. PATOLOGIAS DE LA PERSONALIDAD (Fuera de las neurosis y psicosis).

3.00 Trastornos de la personalidad y/o comportamientos incluidos en una disarmonía evolutiva.

Clasificar aquí los trastornos en los que la sintomatología varía según las manifestaciones dominantes (trastorno de la personalidad, trastorno de las conductas, trastorno en el desa-

rollo de las grandes funciones) pero que tienen en común los siguientes elementos:

- Los rasgos y mecanismos característicos se inscriben en una perturbación evolutiva multifactorial de instauración precoz que conlleva un desarrollo disarmónico.
- Los trastornos de la personalidad incluidos en este proceso se expresan principalmente por la inseguridad de fondo, la inmadurez, la existencia de angustias depresivas y de separación ligadas a las dificultades de individuación. El componente depresivo ocupa un lugar importante, ya se expresen abiertamente o encubierto por trastornos dominantes de las conductas.
- Los trastornos intrincados del lenguaje, de la psicomotricidad, de las funciones cognitivas ligadas a una disarmonía evolutiva, se presentan principalmente como funcionales en relación con los defectos de investimento, de insuficiencias de aprendizaje, de modos de intercambios inadaptados con el entorno, pero pueden progresivamente conducir a una restricción duradera del potencial.
- La gravedad del proceso, las limitaciones introducidas en el acceso a posiciones más evolucionadas marcan la frontera cara a cara de los trastornos neuróticos, incluso si ciertos aspectos clínicos son comunes. No obstante las dificultades de adaptación por ser disarmónicos no llegan a una pérdida de guías esenciales ni a una ruptura con lo real, que es lo que marca el límite de las psicosis.

Incluir:

- Manifestaciones o reagrupamientos sindrómicos que pueden aparecer bajo formas banales o equívocas y que se integran en realidad en un proceso evolutivo que responde a los criterios antes descritos. Pueden entrar en este cuadro:

- Manifestaciones de ansiedad, alguna vez ataques de pánico, trastornos fóbicos, obsesivos, hipocondríacos, trastornos depresivos, etc...
- Trastornos de tipo esquizoide, narcisísticos, pseudo-neuróticos, etc...
- Retrasos del desarrollo en relación con la psicomotricidad, el lenguaje, la ideación, la adaptación escolar y social.
- Ciertos estados límites.

Excluir:

- Las otras formas de patología de la personalidad.
- Los trastornos neuróticos (categoría 2).
- Las psicosis (categoría 1).
- Los trastornos de las funciones instrumentales (categoría 6) cuando están bien individualizados y no están ligados a una perturbación evolutiva de fondo, respondiendo a los criterios de una disarmonía evolutiva.

3.01 Patología narcisística y/o anaclítica, depresiones crónicas, abandonismo.

Clasificar aquí los trastornos en los que la sintomatología variable puede incluir defectos e irregularidades de aprendizaje, una vulnerabilidad somato-psíquica, manifestaciones depresivas, trastornos de conducta que llevan de la inhibición a la inestabilidad.

Los rasgos más característicos asocian:

- Los retrasos del desarrollo afectivo, las tendencias regresivas, las conductas de dependencia;

- El sufrimiento depresivo con la incapacidad de recibir una ayuda; la avidez sin posibilidad de saciedad;
- Las angustias de separación, de pérdida, de abandono, alguna vez ataques de pánico;
- Los sentimientos de minusvalía, los defectos en la regulación de la autoestima.

Incluir:

- Ciertos estados límites que responden a estos criterios.

Excluir:

- Las otras formas de patología de la personalidad.
- Los trastornos neuróticos (categoría 2).
- La psicosis (categoría 1).
- Los trastornos de las funciones instrumentales (categoría 6).

3.02 Organización de tipo caracterial o psicopática.

Clasificar aquí los trastornos dominados por la tendencia a obrar, los trastornos de conducta en los intercambios con los otros, la carencia de control, no hacer caso de las reglas sociales, la repetición de los fracasos, la falta de influencia de los castigos.

Los rasgos de personalidad subyacentes incluyen la falta de madurez afectiva, la alteración del sentimiento de sí mismo, la pobreza de la vida interior, incapacidad de contraer relaciones estables. La tonalidad depresiva es a menudo recubierta por construcciones megalomaniacas y por enfrentamientos con el medio.

Incluir:

- Los trastornos caracteriales ligados a una patología de la personalidad.
- Los desequilibrios caracteriales graves.
- La evolución hacia la psicopatía.

Excluir:

- Las otras formas de patología de la personalidad.
- Los trastornos de conducta y del comportamiento de tipo neurótico (en particular 2.08).
- Los trastornos de conducta y del comportamiento de tipo psicótico (en particular 1.03).
- Los trastornos reaccionales (categoría 4).

3.03 Organización de tipo perverso

Clasificar aquí los trastornos en los que dominan los recursos exclusivos o predominan las prácticas sexuales desviadas y/o comportamientos fundamentados sobre la destructividad sin culpabilidad, sin angustias, sin tener en cuenta al otro.

Incluir:

- Ciertas prácticas sexuales; pedofilia, zoofilia, travestismo, etc...

Excluir:

- Los casos en los que estas conductas pertenecen a una patología mental clasificable en las otras formas de patología de la personalidad, en las psicosis (categoría 1), las neurosis (categoría 2).

3.04 Trastornos de la identidad sexual

Clasificar aquí los trastornos en los que domina la identidad y esencialmente aquellos en los que el sujeto tiene la convicción de pertenecer al otro sexo y expresa un deseo de modificación del sexo anatómico (transexualismo).

Excluir:

- Los casos en los que estos trastornos pertenecen a una patología mental clasificable en las otras formas de patología de la personalidad o en las psicosis (categoría 1) o neurosis (categoría 2).

3.08 Otros.

3.09 No especificados.

4. TRASTORNOS REACTIVOS

Clasificar aquí los trastornos definidos por la aparición reciente, la ligazón con una causa precisa, la integridad de la personalidad. No pueden ser mantenidos en este cuadro más que los trastornos que responden favorablemente a una intervención terapéutica precozmente instaurada.

4.00 Depresión reactiva

Clasificar aquí los trastornos que respondan a los criterios arriba descritos siendo el componente depresivo el elemento central.

Excluir:

- Los movimientos depresivos que constituyen las variaciones de la norma.

- Las depresiones de la psicosis (1.06), de la neurosis (2.05), las patologías de la personalidad (3.01).

4.01 Manifestaciones reactivas

Clasificar aquí los trastornos que responden a los criterios enunciados anteriormente que tengan una expresión mentalizada o que aparezca bajo la forma de conflictos exteriorizados en el medio familiar, escolar o social.

Excluir:

- La depresión reactiva (4.00).
- Las variaciones de la norma (categoría 9), en particular las conductas normales de oposición (9.02).
- Los trastornos neuróticos (categoría 2).
- Las patologías de la personalidad (categoría 3).
- La psicosis (categoría 1).
- Los trastornos aislados del comportamiento (8.10).

5. DEFICIENCIAS MENTALES

(Retrasos, debilidades mentales, demencias).

No clasificar aquí como categoría principal más que las formas donde la deficiencia mental constituye el elemento central. Las otras formas se clasifican por prioridad en 1, 2 o 3, según la naturaleza de la patología dominante, la deficiencia mental no aparece más que como categoría complementaria.

Indicar a la vez el nivel mental y la categoría de la deficiencia.

El nivel mental debe ser evaluado a partir de todas las informaciones disponibles, es decir a la vez la sintomatología clínica y los datos psicométricos. Los cocientes intelectuales indicados

son los de los tests que tienen una media igual a 100 y una desviación típica de 15. La escala utilizada es la misma que la de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la O.M.S.

5.0x	QI	50-69
5.1x	QI	35-49
5.2x	QI	20-34
5.3x	QI	< de 20
5.4x	QI	No especificado

5.5x Deficiencias armónicas

Clasificar aquí las formas donde los trastornos de inteligencia aparecen fijados y constituyen el elemento central del cuadro clínico: las diversas manifestaciones que pueden ser incorporadas o relacionadas con las perturbaciones que afectan globalmente al desarrollo y la organización de las funciones cognitivas, cualquiera que sea su etiología.

Incluir bajo reserva de que respondan a los criterios precedentes:

- La debilidad mental simple.
- La debilidad homogénea.
- La debilidad armónica.

Excluir:

- Las otras formas de deficiencia mental (5.x6, 5.x7, 5.x8).
- Los trastornos en las funciones instrumentales (categoría 6).
- Los retrasos o regresiones transitorios (categoría 9).

5.x6 Deficiencias disarmónicas

Clasificar aquí los trastornos de la inteligencia que se inscriben en un proceso evolutivo donde el déficit fijado se asocie a retrasos curables. Los rasgos deficitarios están aquí intrincados a trastornos de la personalidad y/o a trastornos instrumentales diversos (como trastornos del lenguaje, trastornos gnoso-práxicos) que desbordan las manifestaciones explicables por el sólo déficit intelectual de base.

Incluir aquí bajo reserva de que respondan a los criterios precedentes:

- La debilidad disarmónica.
- La debilidad con trastornos asociados.
- La pseudo-debilidad cuando existe una vertiente deficitaria ya fijada, sea cual sea la etiología evocada.

Excluir:

- Las otras formas de deficiencia mental en particular la deficiencia con polihándicap sensorial y motor (5.x7) donde los trastornos ligados a una deficiencia responden a enfermedades neurológicas severas, mientras que en los déficits disarmónicos los trastornos asociados de la psicomotricidad y el lenguaje no tienen la misma gravedad y no revelan una etiología unívoca.
- Los trastornos de las funciones instrumentales (categoría 6).

5.x7 Deficiencias con polihándicap sensorial y/o motor.

Clasificar aquí las formas de origen encefalopático donde el déficit intelectual está unido a trastornos neurológicos severos de expresión motriz y/o sensorial y es acompañado a menudo

por una comicialidad. Este polihándicap comporta una limitación considerable de la eficiencia y de la adaptación.

Excluir:

- Las deficiencias disarmónicas donde en un cuadro de gravedad menor los trastornos asociados no son relacionables con una enfermedad neurológica caracterizada, sino que corresponden más bien a perturbaciones de orden. (5.6x).

5.x8 Demencias

Clasificar aquí exclusivamente las deficiencias que reúnan las dos características siguientes:

- 1) La reducción de las capacidades mentales tiende a hacerse de una forma extensiva para evolucionar hacia una limitación duradera.
- 2) Los trastornos están en relación directa con factores orgánicos conocidos (a precisar necesariamente en el eje II).

Excluir:

- Las deficiencias con polihándicap sensorial o motor (5.x7) que representan estados fijados, mientras que las demencias se encuentran todavía en un proceso evolutivo.
- Las deficiencias mentales que aparecen en el curso de la evolución de las psicosis del niño (categoría 1) y de los trastornos evolutivos de la personalidad no psicótica (categoría 3):

- a) En período evolutivo el niño será clasificado según la naturaleza de los trastornos de base en una de las subcategorías de las categorías 1 ó 3.
- b) Cuando el déficit viene a dominar el cuadro clínico en un estado deficitario fijado post-evolutivo, el niño será clasificado según la forma tomada por el déficit, ya sea en las deficiencias armónicas (5.x5) o en las deficiencias disarmónicas (5.x6).

5.x9 – No especificado

6. TRASTORNO DE LAS FUNCIONES INSTRUMENTALES

Estos trastornos están considerados desde una perspectiva descriptiva sin una referencia etiopatogénica. Algunos de ellos, ante la ausencia de una causa precisa se han definido con la expresión «Trastornos específicos del desarrollo».

No se clasifican aquí como categoría principal, más que los trastornos de las funciones que no se inscriben en una patología que deba ser clasificada por prioridad en las rúbricas 1 a 5. En los otros casos no se hace aparecer los trastornos instrumentales más que como categoría complementaria.

6.00 Retraso del lenguaje

Se clasifican aquí los trastornos aislados del desarrollo del lenguaje que se expresan esencialmente por un retraso en la aparición de las primeras fases (después de los 3 años) más tarde por una expresión verbal inmadura en el plano de la organización sintáctica y del vocabulario mientras que la comprensión es buena o está poco perturbada.

Incluir:

- El retraso simple del lenguaje.

Excluir:

- Los retrasos del lenguaje que se integran en un retraso global del desarrollo o retrasos de la personalidad a clasificar en las categorías 1, 2, 3 ó 5.
- Los retrasos del lenguaje con trastornos claros de la comprensión, a clasificar en 6.02.
- Los trastornos aislados de la articulación de la palabra a clasificar en 6.01.

6.01 Trastornos aislados de la articulación

Se clasifican aquí los trastornos que se caracterizan por la existencia aislada de deformaciones involuntarias y sistemáticas de uno o varios fonemas (consonantes esencialmente) que conllevan la sustitución de un ruido exacto por un ruido falso por ejemplo el «zozotement o zézaiement» (sigmatismo interdental): pronunciar la j, q y ch como s sonora; «chuintement» (sigmatismo lateral): pronunciar la j y s como la ch.

Excluir:

- Los trastornos de la articulación asociados a un retraso del lenguaje (6.00), a un retraso mental (5) o a trastornos de la personalidad (3).
- Una disartria.

6.02 Trastornos complejos del lenguaje oral

Clasificar aquí los trastornos caracterizados por un lenguaje casi retardado y netamente alterado no solamente con anomalías articulatorias, gramaticales y semánticas notables sino tam-

bién con una insuficiencia de la percepción auditivo verbal y de la comprensión. Incluir:

- Las disfasias: retrasos importantes y complejos del lenguaje.
- Los audi-mudos: término habitualmente reservado a los casos raros de niños de 6 años o más que no adquieren el lenguaje hablado o sólo un poco, en ausencia de sordera, de deficiencia mental, o de organización psicótica.
- Las afasias post-traumáticas que sobrevienen en el cuadro de un síndrome de Landau-Kleffner con afasia adquirida, crisis de epilepsia y descargas paroxísticas en el E.E.G., bajo reserva de precisar bien el lugar de la epilepsia por una constatación en el eje II.

Excluir:

- Los trastornos unidos a una deficiencia mental o trastornos de personalidad.

6.03 Trastornos lexicográficos

Clasificar aquí los trastornos de adquisición de la lectura (y los trastornos asociados de la ortografía) en un niño que tenga la edad habitual de adquisición de la lectura y con exclusión de toda deficiencia intelectual o sensorial y de carencia pedagógica notable. La expresión dislexi-disortográfica es a menudo utilizada para designar estos trastornos cuando son claros y se prolongan, en oposición a errores similares transitorios, banales por su frecuencia al comienzo del aprendizaje.

Los trastornos consisten en confusiones de grafemas cuya correspondencia fonética o forma está próxima y en inversiones o también en adiciones o sustituciones.

A nivel de la frase existe una dificultad en la captación del corte de la frase y el ritmo. La comprensión del texto se resiente pero es generalmente superior a lo que podrían hacernos creer las cifras.

Excluir:

- Las dificultades de aprendizaje ligadas a una escolarización inadecuada o a un retraso intelectual.

6.04 Discalculia

Clasificar aquí los trastornos específicos del aprendizaje de la aritmética.

Excluir:

- Las dificultades de aprendizaje ligadas a un defecto de escolarización o a una deficiencia intelectual.

6.05 Trastornos del razonamiento

Clasificar aquí perturbaciones más o menos localizadas del pensamiento y del razonamiento compatibles con una eficiencia intelectual satisfactoria, incluso elevada, tanto que puede ser apreciada por los test de inteligencia pero que entraña dificultades o un fracaso en ciertos aprendizajes, ciertas actividades escolares o no: cálculo, lectura, situaciones concretas de la vida normal, que exigen observación, reflexión, razonamiento e intervención precisa.

Las pruebas inspiradas en los trabajos de Piaget (tipo escala del pensamiento lógico) contribuyen notablemente a ponerlos en evidencia y subrayan la heterogeneidad muy frecuente de los procesos cognitivos.

Incluir:

- Trastornos cognitivos no deficitarios.
- Disarmonías cognitivas.

Excluir:

- Los déficits intelectuales y los retrasos globales del desarrollo.
- Los problemas de atención asociados a una inestabilidad psicomotriz, a clasificar en 6.08.6.06 Tartamudez (Farfulleo)

Clasificar aquí los trastornos específicos del caudal elocutorio caracterizado por la repetición involuntaria, explosiva y entrecortada de una sílaba (tartamudeo clónico) o por el bloqueo de la imposibilidad de articular las palabras durante un tiempo variable (tartamudeo tónico) o las dos (tartamudeo tónico-clónico). Clasificar igualmente aquí las dificultades de elocución de tipo «tropiezo».

Excluir:

- El «tartamudeo fisiológico» transitorio del niño hacia los 3 años.
- Un trastorno de la fonación.

6.07 Mutismo selectivo

Clasificar aquí los trastornos que sobrevienen de manera durable y caracterizados por una no utilización del lenguaje oral en ciertas situaciones sociales en un niño que no presenta perturbación específica de la función.

Incluir:

- El mutismo extra-familiar.
- El mutismo psicógeno.

Excluir:

- Las disfasias (6.02).

6.08 Hipercinesias, inestabilidades psicomotrices

Clasificar aquí los trastornos descritos en Francia por la expresión «inestabilidad psicomotriz» y en U.S.A. por la expresión «trastorno deficitario de la atención con hiperactividad (o hiper-cinesia)».

Esta unión, desde el punto de vista sintomático está caracterizada por:

- En el plano psíquico: las dificultades en fijar la atención, una falta de constancia en las actividades y un cierto grado de impulsividad.
- En el plano motor: una hiperactividad o una agitación motriz incesante.

Estos trastornos de claro desnivel en relación con la edad y el desarrollo mental del niño necesitan de aplicación por ejemplo. Pueden desaparecer transitoriamente en ciertas situaciones, por ejemplo en relación dual o en una situación nueva.

Incluir:

- Los trastornos de la atención sin hiperactividad motriz propiamente dicha.

Excluir:

- La actividad excesiva adaptada al año (más notablemente en los niños pequeños).
- La inestabilidad psicomotriz ligada a un déficit mental o a trastornos de la personalidad (a clasificar en las categorías 5 o 3).
- Las manifestaciones de tipo hipomanía y por supuesto de excitación maniaca (a clasificar en 1.06).

6.09 Hipercinesia asociada a movimientos estereotipados

Clasificar aquí los trastornos que responden a los criterios de inclusión-exclusión de 6.08 cuando la hipercinesia está asociada a movimientos estereotipados.

6.10 Retraso psicomotor

Clasificar aquí los trastornos observados precozmente en los primeros años y que se expresan en los retrasos de grandes adquisiciones psicomotrices (por ejemplo, tenerse sentado, andar, prensión) todo esto en ausencia de trastornos psicóticos o de una deficiencia mental ligada a una afección precisa diagnosticada. Las escalas de desarrollo psicomotor (por ejemplo la escala de Brunet y Lèzine) permiten evaluar el retraso en 4 sectores: dominio de la postura, dominio verbal, adaptación o comportamiento con los objetos, relaciones sociales.

Incluir:

- Los trastornos donde la evolución se hace hacia un retraso tal que no se puede hablar de deficiencia mental propiamente dicha.

Excluir:

- Los retrasos específicos aislados del desarrollo de las grandes funciones instrumentales (a clasificar en la subcategoría correspondiente de la categoría 6).
- Los retrasos unidos a un autismo o a una psicosis precoz (categoría 1).

6.11 Otros trastornos psicomotores

Clasificar aquí los trastornos psicomotores no caracterizados por el retraso o la inestabilidad pero que se expresan esencialmente por:

- La torpeza unida esencialmente a trastornos de la lateralización o al síndrome de «debilidad motriz» de Dupré (torpeza con sincinesias importantes y una paratonía mayor, es decir, una gran dificultad en la descontracción muscular activa) o también trastornos dispráxicos es decir de la organización gestual en relación con una perturbación mayor de la organización del esquema corporal y de la representación espacial;
- La inhibición psicomotriz que expresa la lentitud, a menudo una cierta rigidez en la postura, las actitudes y movimientos y a menudo calambres;
- Perturbaciones tónicas, por ejemplo trastornos tónico-motores precoces (fluctuaciones tónicas, hipertónicas, hipotónicas) donde la dimensión relacional es evidente).
- Otros trastornos limitados de la organización perceptivo-motriz y de la organización espacio-temporal.

Excluir:

- El retraso psicomotor clasificable en 6.10.

- La inestabilidad psicomotriz clasificable en 6.08 o 6.09.
- Los tics clasificables en 6.12 o 6.13.
- Los trastornos psicomotores que se expresan en un contexto de trastornos deficitarios o de la personalidad (categoría 5 ó 3).

6.12 Tics aislados

Clasificar aquí los tics episódicos o durables en ausencia de trastornos de la personalidad: están caracterizados por gestos bruscos, repentinos, que afectan a grupos musculares restringidos, «en relámpago», imperiosos e involuntarios, repetidos a intervalos variables; no pueden ser objeto de un control y de una supresión voluntaria más que durante un período de duración reducida: desaparecen durante el sueño.

Excluir:

- Los tics del cuadro de una enfermedad de Gilles de la Tourette (6.13).
- Los movimientos estereotipados repetidos de los niños psicóticos o deficitarios (categoría 1 o 5).
- Los movimientos anormales de origen neurológico (como coreicas, athetosis, mioclonía, disquinesias, etc...).

6.13 Enfermedad de Gilles de la Tourette

Clasificar aquí los trastornos caracterizados por la presentación de tics múltiples, motores que afectan a varios grupos musculares y también vocales y de evolución prolongada.

Excluir:

- Los movimientos anormales de origen neurológico (coreicos, athetosis, mioclonias, disquinesias).
- Los movimientos estereotipados de estados psicóticos y deficitarios.

6.14 Intrincación de trastornos psicomotores y del lenguaje

Se clasifican aquí los casos en los que existe más de un trastorno específico del desarrollo o instrumental pero sin que ninguno predomine y fuera de un contexto de trastornos de la personalidad, de trastornos psicóticos o deficitarios.

6.15 Otros

6.16 No especificados

7. TRASTORNOS LIGADOS AL USO DE DROGAS Y ALCOHOL

No se clasifican aquí como categoría principal más que las formas en las que la conducta toxicómana está en el primer plano cualquiera que pueda ser la patología subyacente. Las otras formas se clasifican por prioridad en 1, 2, 3 o 4 después de determinar la naturaleza de la patología dominante, la toxicomanía no aparecería más que como categoría complementaria.

En todos los casos se identificará el uso y el producto utilizado. Por ejemplo, el uso ocasional de la cocaína será codificado 7.16.

Uso	Producto Utilizado
7.0x Continuo	7x.0 Alcohol
7.1x Ocasional	7x.1 Tabaco
7.2x En remisión	7x.2 Hipnóticos y tranquilizantes
7.3x Desintoxicación	7x.3 Morfínicos
7.9x No especificado	7x.4 Cannabis
	7x.5 Alucinógenos
	7x.6 Psicoestimulantes como anfetaminas, cocaína, cafeína.
	7x.7 Disolventes
	7x.8 Politoxicomanía
	7x.9 Otros productos y no especificados.

8. TRASTORNOS DE EXPRESION SOMATICA Y/O COMPORTAMENTAL

No clasificar aquí como categoría principal, más que los trastornos de expresión somática y/o comportamental que no se inscriban en una patología que deba estar clasificada por prioridad en las categorías 1 ó 5. En los otros casos no deben aparecer los trastornos de expresión somática y/o comportamental más que como categoría complementaria.

8.00 Afecciones psicósomáticas

Clasificar aquí los casos en los que el cuadro clínico está dominado por una afección psicósomática tal que el órgano u aparato pueda estar afectado.

Incluir:

- Eczema.
- Alopecia.

- Asma
- Úlcera gástrica o duodenal.
- Recto-colitis
- Enfermedad de Crohn.

Excluir:

- Los trastornos somáticos que forman parte de un cuadro clínico de una patología psicótica, tal como la catatonía (a clasificar en 1.04)
- Los trastornos de las funciones instrumentales (categoría 6).
- Los trastornos psicofuncionales (8.01).

8.01 Trastornos psicofuncionales

Clasificar aquí los casos donde el cuadro clínico está dominado por los trastornos psicofuncionales sin lesiones tisulares.

Incluir:

- Tortícolis psicógena
- Calambre de los escritores
- Espasmos del sollozo
- Bostezos, ahogos, hipos, toses psicógenas
- Dolores psicógenos.
- Trastornos cardiovasculares funcionales psicógenos
- Prúrito
- Aerofagia, vómitos psicógenos
- Dismenorreas psicógenas
- Cefaleas psicógenas y migrañas

Excluir:

- Las afecciones psicósomáticas (8.00).
- Las manifestaciones de conversión histérica (2.01) y las expresiones somáticas de la angustia en el cuadro de una neurosis de angustia (2.00).

8.02 Anorexia mental

Clasificar aquí los casos que presentan el cuadro sintomático clásico de la anorexia mental sea cual sea la personalidad subyacente (neurosis o patología de la personalidad).

Excluir:

- Los rechazos de la alimentación pertenecientes a un delirio (categoría 1).
- Las fobias alimentarias (2.02).
- Las restricciones alimentarias con o sin vómitos aislados y que no comportan en particular la negación de la delgadez, el miedo a engordar y el deseo de adelgazar, a clasificar en 2.01.

8.03 Bulimia sin obesidad

Clasificar aquí cuando no van acompañados de obesidad, todas las conductas donde la bulimia representa la sintomatología mayor sea cual sea la personalidad subyacente.

Incluir:

- La bulimia compulsiva con accesos de glotonería con o sin vómitos.
- La hiperfagia regular.
- El canisquear, el picoteo.

Excluir:

- Los accesos bulímicos que proceden de una evolución de una anorexia mental a clasificar en 8.02.

8.04 Bulimia con obesidad

Clasificar aquí las conductas bulímicas acompañadas de obesidad.

8.05 Otros trastornos de las conductas alimentarias

Clasificar aquí los cuadros clínicos en los que dominan los trastornos de conductas alimentarias de origen no orgánico y que no pertenecen a las categorías precedentes.

Incluir:

- Mericismo
- Vómitos psicógenos no clasificables en 2.01.
- Trastornos de la alimentación del niño no clasificables en 2.02.
- Pica.

8.06 Enuresis

Clasificar aquí los trastornos caracterizados por emisiones de orina repetidas e involuntarias, diurnas o nocturnas y consideradas como anormales para la edad del sujeto (más allá de 4 años) las cuales aparecen después de una fase de adquisición de limpieza o no (primaria o secundaria).

Excluir:

- Incontinencia urinaria.

8.07 Encopresis

Clasificar aquí los trastornos caracterizados por la emisión repetida voluntaria o involuntaria de «heces» de consistencia normal o casi normal, en condiciones inapropiadas, trastornos que sobrevienen antes o después de la adquisición de la limpieza.

8.08 Trastornos del sueño

Clasificar aquí los trastornos del sueño que no pueden ser referidos a ningún diagnóstico de afección somática o psiquiátrica.

Incluir:

- Trastornos del acostarse y de adormecerse.
- Pesadillas, sueños de angustia, terrores nocturnos
- Hipersomnia, insomnio, inversión del ritmo del sueño.
- Sonambulismo, narcolepsia, síndrome de Gelineau.

8.09 Tentativa de suicidio

Clasificar aquí las tentativas de suicidio en las cuales el gesto de suicidio domina el cuadro clínico.

El comportamiento de suicidio puede aparecer aislado o difícilmente referido a una organización psicopatológica precisa, y será clasificado aquí en categoría principal. En otros casos puede aparecer en un cuadro clínico clasificable en las 5 primeras categorías y será entonces clasificado aquí como categoría complementaria.

Excluir:

- Los comportamientos peligrosos para la vida de un sujeto pero que no tienen intencionalidad de suicidio (acto no considerado en una fase confusional o delirante).

8.10 Trastornos aislados del comportamiento

Clasificar aquí los comportamientos aislados, aunque a veces repetitivos que inquietan y atraen la atención del entorno. Pueden por ellos mismos tener consecuencias graves para el individuo y/o su entorno.

Si el comportamiento es aislado será clasificado en categoría principal, pero si forma parte de un cuadro clínico se clasificaría en las categorías 1 a 5 y se utilizará esta rúbrica como categoría complementaria. Se puede tratar de cleptomanía, fugas, conducta sexual delictiva, piromanía, homicidio...

8.11 Retraso psicógeno del crecimiento

Clasificar aquí el síndrome asociado a un retraso del crecimiento psicógeno no orgánico y un contexto familiar de conflictos y de abandonismo (a clasificar igualmente en el eje II).

8.12 Otros

8.13 No especificados

9. VARIACIONES DE LA NORMA

Clasificar aquí los síntomas o las conductas que no pueden estar en ninguna de las categorías anteriores. Algunos se encuentran a menudo en la evolución normal del niño o del adolescente (fobias precoces, rituales de la juventud, momentos depresivos, deslizamientos y regresiones transitorios en la emergencia de la organización de las grandes funciones).

Son transitorios y pueden corresponder a momentos fecundos del desarrollo, sin que su intensidad o el malestar que aporten eventualmente a la vida relacional les dé un valor patológico.

Clasificaremos igualmente en esta categoría manifestaciones más duraderas pero en cuyo carácter patológico no puede ser afirmado, por ejemplo ciertas dificultades escolares aparecen en relación con factores anteriores (orientación, encuadre, pedagógicas) o ciertos aspectos originarios de la personalidad del niño o del adolescente.

- 9.00 Angustias, rituales, miedos.
- 9.01 Momentos depresivos.
- 9.02 Conductas de oposición.
- 9.03 Conductas de aislamiento.
- 9.04 Dificultades escolares no clasificables en las categorías precedentes.
- 9.05 Retrasos o regresiones transitorias.
- 9.06 Aspectos originarios de la personalidad.
- 9.08 Otros
- 9.09 No especificados.

EJE II. FACTORES ASOCIADOS O PASADOS EVENTUALMENTE ETIOLÓGICOS

1. FACTORES ORGÁNICOS

(Retener si es necesario varios números del código).

10. NO HAY FACTORES ORGÁNICOS CONOCIDOS

11. FACTORES PRENATALES DE ORIGEN MATERNO

Clasificar aquí los factores que tienen el origen en una enfermedad embrionaria (tres primeros meses del embarazo) o fetal (a partir del cuarto mes) adquirida en el útero.

11.0 Enfermedad infecciosa (viral, bacteriana) o parasitaria:

- Rubeola, citomegalia, herpes, etc...
- Toxoplasmosis, «listeriasis», sífilis, etc...

11.1 Enfermedad tóxica unida:

- A la toma de medicamentos
- A un alcoholismo maternal
- A la toma de drogas
- A una radiación (rayos X o radioterapia), etc...

11.2 Enfermedad unida a una enfermedad maternal:

- Diabetes, nefropatía, malformación cardíaca, malnutrición severa, etc...

11.3 Otros

12. FACTORES PERINATALES

Clasificar aquí los factores que intervienen al final del embarazo, en el nacimiento y los primeros días de vida.

12.0 Prematuridad, dismadurez, hipotrofia fetal:

Se clasifican aquí los casos que tienen relación con:

- Una prematuridad, definida por el nacimiento de un recién nacido al término de un embarazo de duración igual o inferior a 37 semanas, donde las causas son múltiples: embarazos múltiples, causas locales (incompetencia del cuello, placenta praevia, etc.) medio desfavorable, trabajo penoso, etc...
- Una hipotrofia fetal o un retraso del crecimiento intrauterino (RC.IU) definido por un peso de nacimiento insuficiente por el plano (igual o inferior al percentil décimo sobre una curva de crecimiento intra-uterino), y donde las causas son múltiples: embarazos múltiples, HTA materna, malformaciones uterinas y anomalías placentarias, ciertas embriofetopatías, etc...
- La noción de dismadurez unida a un sufrimiento fetal prolongado en relación a una malnutrición materna severa o a condiciones locales uteroplacentarias, vasculares o amnióticas desfavorables (existe un retraso del crecimiento intra-uterino) está prácticamente superpuesta a la hipotrofia fetal.

12.1 Sufrimiento cerebral perinatal

Clasificar aquí los casos relevantes de un sufrimiento cerebral perinatal en relación con:

- Un traumatismo obstétrico (distocia dinámica, parto difícil, vuelta del cordón, forceps, etc...).
- Una anoxia unida a un estado de muerte aparente del recién nacido o a una angustia o peligro respiratorio sean cuales sean las causas (afección materna, complicaciones del parto, daño fetal).

La Enfermedad Motriz Cerebral en sus diversos aspectos clínicos (hemiplejía congénita, enfermedad de Little o diplejía espástica de los miembros inferiores, atetosis, etc.) es una de las consecuencias, igual que ciertas enfermedades mentales. El EMC se ve así en un contexto de gran prematuridad. Registrar igualmente en este caso, la dolencia motriz en 15.1.

12.2 Incompatibilidad sanguínea feto-maternal

Clasificar aquí los casos ligados a una incompatibilidad sanguínea feto-maternal en el sistema Rhesus (por ejemplo madre Rh- y feto Rh+) o el sistema ABO.

12.3 Otros

13. DAÑOS CEREBRALES POSTNATALES

Clasificar aquí:

13.0 Daño cerebral postnatal de origen infeccioso (viral, bacteriano) o parasitario:

- Encefalitis o meningoencefalitis virales (herpética o ligada a una infección como la rubeola, etc...).

13.1 Daño cerebral postnatal de origen tóxico (intoxicaciones medicamentosas accidentales, etc...).

13.2 Daño unido a un traumatismo cerebral: accidental o ligado a malos tratos:

Clasificar aquí los hematomas subdurales del niño de pecho.

13.3 Tumores cerebrales: sea cual sea el origen y la naturaleza.

13.4 Otros

14. ENFERMEDADES DE ORIGEN GENETICO O CONGENITO

Clasificar aquí la enfermedades del niño ligadas a una afección prenatal genética o congenito que engendra (o tiene riesgo de engendrar) un daño cerebral.

14.0 Trisomía 21 ó Mongolismo

14.1 Otras enfermedades ligadas a una anomalía cromosómica, autosómica:

- Otros trisomios, monosomios, ruptura particular del brazo corto del cromosoma 5 o «Enfermedad del Grito del Gato», etc.

14.2 Enfermedad ligada a una anomalía cromosómica gonosómica:

- Síndrome del cromosoma X frágil, responsable de ciertas deficiencias mentales,
- Disgenesias gonádicas, esencialmente del Síndrome de Klinefelter (XXY) en el hombre, el Síndrome de Turner (XO) en la mujer, Síndrome XXX, etc...

14.3 Fenilcetonuria

14.4 Otras enfermedades metabólicas de origen genético los llamados errores innatos del metabolismo: galactosemia congénita, neuro-lipidosis, etc...

14.5 Hipotiroides congénitas: las cuales pueden ser de origen genético o no.

14.6 Neuro-ectodermosis congénitas: esclerosis tuberosa de Bourneville, etc...

14.7 Malformaciones cerebrales congénitas: Micro y macrocefalia, encefalopatía y otras malformaciones que pueden acompañarse de hidrocefalia, etc...

14.8 Otros.

15. ENFERMEDADES Y AFECCIONES SOMATICAS DE LARGO CURSO

Clasificar aquí las enfermedades y afecciones somáticas de largo curso que pueden comportar una grave invalidez.

- 15.0 Déficits sensoriales: auditivos, visuales, esencialmente.
- 15.1 Daños motrices de origen cerebral: IMC
- 15.2 Daños neurológicos no cerebrales: de origen central (paraplejias de causas diversas, etc...) o periférica (secuelas de poliomeilitis, etc...).
- 15.3 Daños musculares: esencialmente las miopatías, miastenia.
- 15.4 Malformaciones congénitas además de las cerebrales: espina bífida, ambigüedades sexuales, cardiopatía congénita, fisura palatina, luxación congénita de la cadera, etc...
- 15.5 Secuelas de accidente físico sin daño cerebral.
- 15.6 Déficit inmunitario congénito o adquirido: clasificar aquí el SIDA o AIDS.
- 15.7 Hemofilia.
- 15.8 Enfermedad somática de largo curso: hemopatía crónica, cáncer, diabetes, cardiopatía, afección broncopulmonar, afección renal, metabólica o endocrina, etc...

No clasificar aquí más que las enfermedades actualmente en evolución.

- 15.9 Otros.

16. CONVULSIONES Y EPILEPSIA

Clasificar aquí:

- 16.0 Epilepsia idiopática.
- 16.1 Encefalopatía epiléptica evolutiva, tipo síndrome de West o síndrome de Lennox-Gastaut y epilépsicas graves.
- 16.2 Otras epilepsias sintomáticas.
- 16.3 Manifestaciones convulsivas no epilépticas, convulsiones febriles, etc...
- 16.4 Otros.

17. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES SOMATICAS EN LA INFANCIA

Clasificar aquí las enfermedades de la infancia que merecen ser anotadas en razón de su gravedad y/o su repetición y/o su prolongación en un momento dado, por ejemplo las otitis repetitivas o el asma del recién nacido.

Excluir:

- Las enfermedades somáticas de largo curso actuales (15.8)
- Los daños cerebrales post-natales (13.0)

18. OTROS

19. SIN RESPUESTA POSIBLE POR FALTA DE INFORMACION

2. FACTORES Y CONDICIONES AMBIENTALES (Retener si es necesario varios números de código)

20. NO HAY FACTORES AMBIENTALES QUE RETENER

21. TRASTORNOS MENTALES O PERTURBACIONES PSICOLÓGICAS COMPROBADAS EN LA FAMILIA

Esta categoría corresponde a trastornos mentales o perturbaciones psicológicas comprobadas en la familia.

21.0 Psicosis puerperal

Retener solamente las psicosis que están directamente en relación con las modificaciones somáticas y psíquicas propias del embarazo, parto y la lactancia.

Excluir:

- Los trastornos psicóticos que se inscriben en otro cuadro, en particular los episodios maníacos, depresivos, delirantes, que sobrevienen en período puerperal en una enferma en la cual la psicosis ha sido anteriormente reconocida (a clasificar en 21.5);
- Los aspectos de la patología mental que no aparecen directamente en el cuadro de la psicosis (a clasificar en 21.1 o 21.5).

21.1 Depresión maternal en el período postnatal

Clasificar aquí las depresiones maternas del post-parto con expresión clínicamente localizable y de evolución suficientemente prolongada.

Excluir:

- El «post-parto blue» reacción depresiva breve y banal del 4 al 7 día después del parto;

- Las depresiones que aparecen en el cuadro de una psicosis puerperal o de trastornos psicóticos caracterizados.

21.2 Disfuncionamiento interactivo precoz

Clasificar aquí los trastornos constatados directamente por la observación de los cambios madre –(padres)– bebés al nivel de las interacciones precoces por la mirada, voz, cuerpo (interacciones tónico-posturo-motrices y por contactos cutáneos).

21.3 Discontinuidad de los procesos de cuidado maternal en el primer año

Clasificar aquí las discontinuidades de los cuidados maternos que están ya sea ligados a factores manifiestos (separación, multiplicidad de intervinientes), ya en relación con la variabilidad en el tiempo de conductas maternas (fluctuaciones del investimento maternal, alternancia de períodos de sobre o subestimulación, etc...).

21.4 Otros trastornos importantes de las relaciones precoces

Clasificar aquí los trastornos de las relaciones precoces que sobrevienen en los tres primeros años y están marcados por la distorsión de los intercambios entre el niño y su entorno y sustentados por la forma de las actitudes maternas: hipersolididad ansiosa, hostilidad disfrazada en angustia, hostilidad conscientemente compensada, etc...).

21.5 Trastornos mentales de uno o de los padres.

Clasificar aquí los trastornos mentales reconocidos del padre y/o de la madre, además de la psicosis puerperal (clasificada en 21.0) y de la depresión post-parto (clasificada en 21.1).

Clasificar aquí los trastornos mentales que sobrevienen durante el embarazo.21.6 Trastornos mentales de algún otro miembro de la familia

Clasificar aquí los trastornos mentales reconocidos en algún miembro de la familia próximo además del padre y la madre (abuelos, hermanos, etc...).

21.7 Alcoholismo o toxicomanía parental

21.8 Perturbaciones psicológicas severas y actuales en la red familiar.

Clasificar aquí las perturbaciones actuales e importantes en la red familiar: conflictos, disfuncionamiento familiar, duelos, etc... que se asocian o no a una patología comprobada de uno de los miembros de la familia. Clasificar aquí las formas de rivalidad fraterna que responden a esta definición.

21.9 Otros.

22. CARENCIAS AFECTIVAS, EDUCATIVAS, SOCIALES, CULTURALES

22.0 Carencias afectivas precoces

Clasificar aquí las situaciones caracterizadas por la existencia en los tres primeros años de vida de una carencia de cuidados que engendra en el plano afectivo y relacional una carencia cuantitativa, una insuficiencia de interacción entre el niño y su madre.

La carencia puede ser intra-familiar o extra-familiar unida ya sea a un defecto de estimulación y de aportes afectivos de la madre o de sus sustitutos, ya sea a la ausencia o al fallecimiento de un personaje maternal, ya sea a experiencias de separación precoces y repetidas del niño con la figura maternal.

22.1 Carencias afectivas ulteriores

Clasificar aquí las situaciones que engendran a partir de los 3 años una carencia importante en los intercambios afectivos y relacionales entre el niño y su entorno.

22.2 Carencias socioeducativas

Clasificar aquí las situaciones caracterizadas por la pobreza global de aportes sociales, educativos, culturales del entorno, la falta de modelos, los defectos o la falta de encuadre, la ausencia de proyecto.

Las situaciones que tienen en origen una carencia educativa pueden concernir a todas las clases, cuando provengan de un medio socio-económico y cultural muy desfavorecido se clasificarán también en 25.8.

22.3 Otros.

23. MALOS TRATOS Y NEGLIGENCIAS GRAVES

Clasificar aquí a los niños maltratados no solamente en razón de malos tratos psíquicos sino también de abusos sexuales, de negligencias graves y de violencias emocionales. En los casos en los que los malos tratos son actuales no dejar de clasificar al mismo tiempo en 21.8.

23.0 Sevicias y violencias psíquicas (sea cual sea la forma).

23.1 Crueldad excesiva.

Clasificar aquí los niños con una falta de cuidados y de situaciones donde domina la falta de protección.

23.2 Abusos sexuales

Clasificar aquí las situaciones de participación en actividades sexuales obligados bajo sujeción y que transgreden las pro-

hibiciones. Estos abusos según la definición que da la OMS pueden tomar diferentes formas: llamadas telefónicas, ultrajes al pudor, y voyerismo, imágenes pornográficas, relaciones o tentativas de relaciones sexuales, violación, incesto, prostitución de menores.

23.3 Otros

24. EVENTOS QUE ENTRAÑAN LA RUPTURA DE LAZOS AFECTIVOS

Retener solamente las situaciones que tienen por consecuencia una ruptura de un lazo afectivo de gravedad innegable y que sobreviene en el desarrollo de la historia del niño. Estos eventos son notables incluso si son antiguos o si su incidencia sobre la sintomatología actual no parece evidente.

24.0 Hospitalización o estancia institucional prolongada o repetitiva del niño

24.1 Ruptura iterativa de los modos de cuidado.

24.2 Hospitalización o estancia institucional prolongada o repetitiva de uno o los dos padres, por enfermedad, accidente o encarcelamiento, etc...

24.3 Fallecimiento de uno o los dos padres.

24.4 Fallecimiento de uno o los dos abuelos.

24.5 Fallecimiento de algún hermano.

24.6 Abandono parental, por uno u otro padre o por los dos.

24.7 Otros.

25. CONTEXTO SOCIO-FAMILIAR PARTICULAR

Las situaciones indicadas en esta categoría son frecuentemente consideradas como factores de riesgo. Sólo han sido mencionadas aquellas que se encuentran con una frecuencia suficiente. La existencia de un contexto social o familiar que pone al sujeto en una disposición particular, minoritaria o rara, que merece ser registrada, incluso si no se le confiere un valor etiológico.

25.0 Gemelos

25.1 Niño actualmente acogido en una familia sustituta

25.2 Niño adoptado

25.3 Niño de padres divorciados, sea cual sea el modo de cuidado.

25.4 Niño cuidado por los abuelos.

25.5 Familia monoparental

25.6 Familia inmigrante o transplantada

25.7 Enfermedad orgánica grave de uno de los padres

25.8 Medio familiar muy desfavorecido.

25.9 Otro

26. NIÑO NACIDO POR PROCREACION ARTIFICIAL

28. OTROS

29. NO HAY RESPUESTA POSIBLE POR FALTA DE INFORMACION

BIBLIOGRAFIA

Misès, R., Jeammet, Ph. (1984), «La nosographie en psychiatrie de l'enfant et d'adolescent». *Confront. Psychiatr.* 24, 221-250.

Misès, R., Fortineau, J., Jeammet, Ph., Mazet, Ph., Plantade, A. et Quemada, H. (1987), «Vers une classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent». *Inform. Psychiatr.*, Numéro spécial, 291-302.

Misés, R., Fortineau, J., Jeammet, Ph., Long, J.L., Mazet, Ph., Plantade, A. et Quemada, N. (1988), «Classification Française des Troubles mentaux de l'Enfant et de l'Adolecent». *Psychiatr. Enfant*, 31, 1, 67-134.

Trente-Huitième Ann, Numéro 10-11 Octobre - Novembre 1990.

TABLA DE EQUIVALENCIAS ENTRE LA CFTMEA Y LA CIE-10

CFTMEA	CIE-10
1. PSICOSIS	
1.00 Autismo infantil precoz tipo Kanner	F 84.0 Autismo infantil
1.01 Otras formas de autismo infantil	F 84.1 Autismo atípico
1.02 Psicosis precoces deficitarias	F 84.2 Síndrome de Rett
	F 84.4 Hiperactividad asociada a un retardo mental y a movimientos estereotipados.
	F 84.8 Otros trastornos invaden el desarrollo.
1.03 Disarmonías psicóticas	F 84.5 Síndrome de Asperger
	F 84.8 Otros trastornos invaden el desarrollo
	F 84.3 Otros trastornos desintegrativos de la infancia
1.04 Psicosis de tipo esquizofrénico que surgen de la infancia	F 20. Esquizofrenia
1.05 Psicosis de tipo esquizofrénico que surgen en la adolescencia	
1.06 Psicosis distímicas	F 30.2 Manía con síntomas psicóticos.
	F 31 Trastornos afectivos bipolares.
	F 32.3 Episodio depresivo severo con síntomas psicóticos

	F 33.3	Trastornos depresivos recurrentes, episodio actual severo con síntomas psicóticos.
1.07 Psicosis agudas	F 23	Trastornos psicóticos agudos y transitorios.
1.08 Otros	F 84.8	Otros trastornos que invaden el desarrollo
	F 28	Otros trastornos psicóticos no orgánicos.
1.09 No especificados	F 84.9	Trastornos que invaden el desarrollo, sin precisar.
	F 29	Psicosis no orgánica, sin precisar.

2. TRASTORNOS NEUROTICOS

2.00	Trastornos neuróticos evolutivos con dominancia ansiosa	F 93.0	Angustia de separación de la infancia
		F 41.0	Trastornos de pánico
		F 41.1	Ansiedad generalizada.
2.01	Trastornos neuróticos evolutivos con dominancia histérica	F 44	Trastornos disociativos (de conversión)
		F 45.0	Somatización
		F 45.1	Trastorno somatoforme indiferenciado
2.02	Trastornos neuróticos evolutivos con dominancia fóbica	F 93.1	Problemas de ansiedad fóbica de la infancia.
		F 93.2	Ansiedad social de la infancia
		F 40.	Problemas ansiosos fóbicos
2.03	Trastornos neuróticos evolutivos con dominancia obsesiva	F 42	Trastornos obsesivos compulsivos
2.04	Trastornos neuróticos evolutivos con predominancia de las inhibiciones	F 93.8	Otros trastornos emocionales de la infancia
		F 32.0	Episodios depresivos ligeros.
2.05	Depresión neurótica	F 32.1	Episodios depresivos medios.
		F 32.2	Episodios depresivos severos sin síntomas psicóticos
		F 33.0	Trastornos depresivos recurrentes, episodio actual ligero.

	F 33.1	Medio
	F 33.2	Severos sin síntomas psicóticos
	F 34.1	Distimia
2.06 Caracteres neuróticos, patologías neuróticas de la personalidad	F 60.4	Personalidades histriónicas, anacásticas, ansiosas, dependientes, otros trastornos específicos de la personalidad
	F 60.8	
2.07 Trastornos neuróticos con perturbaciones predominantes de las funciones instrumentales.	F 40	Trastornos neuróticos.
	F 45	
	F 80	Trastornos específicos del habla y del lenguaje.
	F 81	Trastornos de aprendizaje escolar.
	F 82	Trastornos del desarrollo motor.
	F 83	Trastornos mixtos del desarrollo.
2.08 Otros	F 48	Otros trastornos neuróticos
2.09 No precisados.	F 48.9	Trastornos neuróticos, sin precisión

3. PATOLOGÍAS DE LA PERSONALIDAD

- | | | | |
|------|---|--------|--|
| 3.00 | Trastornos de la personalidad y/o del comportamiento inscritos en una disarmonía evolutiva. | F 92.8 | Otros trastornos mixtos de las conductas y de las emociones. |
| | | F 93.0 | Angustia de separación en la infancia. |
| | | F 60.3 | Personalidad (emocionalmente) lábil |
| | | F 60.8 | Otros trastornos específicos de la personalidad |
| | | F 92.0 | Trastornos de conducta con depresión. |
| 3.01 | Patología narcisista y/o anaclítica, depresiones crónicas, abandonismo. | F 93.0 | Angustia de separación de la infancia (en parte) |
| | | F 93.1 | Trastorno reactivo de «apego» de la infancia. |
| | | F 94.2 | Trastornos de «apego» en la infancia con desinhibición |
| | | F 60.3 | Personalidad (emocionalmente) lábil |
| | | F 60.8 | Otros trastornos específicos de la personalidad. |
| | | F 91 | Trastornos de conducta |
| 3.02 | Organizaciones de tipo psicopático | F 60.2 | Personalidad asocial |
| | | F 65 | Trastornos de preferencia sexual |
| 3.03 | Organizaciones de tipo perverso | F 64 | Trastornos de identidad sexual |
| 3.04 | Trastornos de la identidad | F 66 | Problemas psicológicos y comportamentales asociados al desarrollo sexual y a su orientación. |

- | | | |
|------|---------------|--|
| | F 98.8 | Otros trastornos comportamentales y emocionales que aparecen habitualmente durante la infancia o la adolescencia. |
| 3.08 | Otras | |
| 3.09 | No precisados | F 98.9 Trastornos comportamentales y emocionales que aparecen habitualmente durante la infancia o la adolescencia sin precisión. |

4. TRASTORNOS REACTIVOS

4.00	Depresión reactiva	F 43.2	Trastornos de adaptación (parte)
4.01	Manifestaciones reactivas diversas (sea cual fuere el modo de expresión: mental, comportamental, escolar, social).	F 43.2	Trastornos de la adaptación

5. DEFICIENCIAS MENTALES

5.0x	Q.I. entre 50 - 69	F 70	Retardo mental ligero
5.1x	Q.I. entre 35 - 49	F 71	Retardo mental medio
5.2x	Q.I. entre 20 - 34	F 72	Retardo mental grave
5.3x	Q.I. inferior a 20	F 73	Retardo mental profundo
5.4x	No precisado	F 79	Retardo mental, sin precisión. Solamente deficiente. Retardo mental + otro trastorno.
5.x5	Deficiencia armónica		
5.x6	Deficiencia disarmónica		
5.x7	Deficiencia con polihándicap sensorial y/o motor	F 7x.1	Con hándicap comportamental significativo (en parte) + trastorno neurológico.
5.x8	Demencia	F 02.8	Demencia asociada a otras enfermedades clasificadas en otros apartados.
5.x9	No precisados	F 7x	Retardo mental, sin precisar

6. TRASTORNOS DE LAS FUNCIONES INSTRUMENTALES

6.00 Retardo simple del lenguaje	F 80.8	Otros trastornos del desarrollo de la palabra y del lenguaje
6.01 Trastornos aislados de la articulación	F 80.0	Trastornos específicos de la adquisición de la articulación
6.02 Trastornos complejos del lenguaje oral	F 80.1	Trastornos de la adquisición del lenguaje (de tipo expresivo).
	F 80.2	Trastornos de la adquisición del lenguaje (de tipo receptivo)
	F 80.3	Afasia adquirida con epilepsia (Síndrome de Landau-Kleffner)
6.03 Trastornos lexicográficos	F 81.0	Trastornos específicos de la adquisición de la lectura.
	F 81.1	Trastornos específicos de la adquisición de la ortografía
6.04 Discalculia	F 81.2	Trastornos específicos de la adquisición de la aritmética.
6.05 Trastornos del razonamiento	F 81.3	Trastornos mixtos de las adquisiciones escolares.
6.06 Tartamudez	F 98.5	Tartamudez
	F 98.6	Farfullero
6.07 Mutismo selectivo	F 94.0	Mutismo selectivo
6.08 Hiperquinesia, inestabilidad psicomotoras	F 90.0	Perturbación de la actividad de la atención
	F 90.1	Trastornos hiperquinéticos y trastornos de conducta
	F 90.8	Otros trastornos hiperquinéticos

6.09	Hiperquinesia asociada a movimientos estereotipados		
6.10	Retardo psicomotor	F 82	Trastornos específicos del desarrollo motor.
6.11	Otros trastornos psicomotores	F 82	Trastornos específicos del desarrollo motor.
6.12	Tics aislados	F 95.0 F 95.1	Tic transitorio Tic motor o vocal crónico
6.13	Enfermedad de Gilles de la Tourette	F 95.2	Forma asociada a tics vocales y tics motores (Síndrome de Gilles de la Tourette)
6.14	Intrincación de trastornos psicomotores y del lenguaje	F 83	Trastornos específicos mixtos del desarrollo
6.15	Otros	F 88	Otros trastornos del desarrollo psicológico

7. TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL USO DE DROGAS Y DE ALCOHOL

7.0x Continuo	F1x.1	Utilización nociva para la salud
	F1x.2	Síndrome de dependencia
	x.24	Utilizando actualmente la sustancia
7.1x Ocasional	x.25	Utilización continua
	F1x.1	Utilización nociva para la salud
7.2x En remisión	x.26	Síndrome de dependencia. Utilización episódica (Dipsomanía)
	F1x.2	Síndrome de dependencia
	x20	Actualmente en abstinencia
7.3x En curso de deshabitación	x21	Actualmente en abstinencia pero en un desarrollo protegido
	F1x.3	Síndrome de deshabitación
	F1x.4	Síndrome de deshabitación con delirios
7.x0 Alcohol	F 10	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización del alcohol
7.x1 Tabaco	F 17	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización del tabaco
7.x2 Hipnóticos y tranquilizantes	F 13	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de sedantes e hipnóticos.

7.x3	Morfínicos	F 11	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de opiáceos.
7.x4	Marihuana	F 12	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de derivados del cannabis
7.x5	Alucinógenos	F 16	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de alucinógenos.
7.x6	Psicoestimulantes tales como anfetaminas, cocaína, cafeína	F 15	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de otros estimulantes (incluyendo la cafeína)
7.x7	Solventes	F 19	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de disolventes volátiles.
7.x8	Utilización de varios productos	F 19	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de drogas múltiples y trastornos ligados a la utilización de otras sustancias psicoactivas.
7.x9	Otros productos no precisados	F 19	Trastornos mentales y del comportamiento ligados a la utilización de otras sustancias psicoactivas.

8. TRASTORNOS DE EXPRESION SOMATICA Y/O COMPORTAMENTAL

8.00	Enfermedades psicossomáticas	F 54	Factores psicológicos o comportamentales asociados a las enfermedades o a otros trastornos clasificados anteriormente (F 54 + con afección psíquica)
8.01	Trastornos psicofuncionales	F 45.3	Disfunción neurovegetativa somatoforme.
8.02	Anorexia mental	F 50.0	Anorexia mental
		F 50.1	Anorexia mental atípica
8.03	Bulimia sin obesidad	F 50.2	Bulimia
		F 50.3	Bulimia atípica
8.04	Bulimia con obesidad	F 50.2	Bulimia
		F 50.2	Bulimia atípica
		+ E66	Obesidad
8.05	Otros trastornos de las conductas alimentarias	F 98.2	Trastornos de la alimentación de la primera y la segunda infancia.
		F 98.3	Pica de la primera y segunda infancia.
		F 50.4	Hiperfagia asociada a otras perturbaciones psicológicas.
		F 50.8	Otros trastornos de la alimentación.
8.06	Enuresis	F 98.0	Enuresis no orgánica
8.07	Encopresis	F 98.1	Encopresis no orgánica
8.08	Trastornos del sueño	F 51	Trastornos del sueño no orgánicos
8.09	Intento de suicidio	X 84	Autodestrucción intencional a través de medios no especificados.
		Z91.5	Antecedentes personales de autodestrucción intencionada

9. VARIACIONES DE LA NORMALIDAD

9.00	Angustias, rituales, miedos	R45.0	Nervios
9.01	Momentos depresivos	R45.2	Tristeza
9.02	Conductas de oposición	F91.8	Otros trastornos de conducta
9.03	Conductas de aislamiento	F93.2	Ansiedad social de la infancia
9.04	Dificultades escolares no clasificables en las categorías anteriores	F81.8 y 9	Otros trastornos de adquisición escolares y sin precisión
9.05	Retardos o regresiones transitorias	Z 55	Problemas del desarrollo psicológico normal
		R 62	Retardo del desarrollo normal
9.06	Aspectos originales de la personalidad	F91.8	Otros trastornos de conducta
9.08	Otros	R 45	Síntomas y signos concerniente al estado emocional

AREA II: FACTORES ASOCIADOS O ANTERIORES
EVENTUALMENTE ETIOLOGICOS

- | | | |
|-----|--|---|
| 10. | Ausencia de factores orgánicos reconocidos | |
| 11. | Factores ante-natales | Capítulo XVI |
| 12. | Factores perinatales | Capítulo XVI |
| 13. | Daños cerebrales post-natales | Capítulo I, II, VI |
| 14. | Enfermedades de origen genético y congénitas | Capítulo XVII |
| 15. | Enfermedades somáticas invalidantes | Todos los capítulos |
| 16. | Convulsiones y epilepsias | Capítulo VI G 40 - G 41
Capítulo XVIII R 56 Convulsiones |
| 18. | Otros | |
| 19. | Respuesta imposible por falta de información | No hay equivalencia |

2. FACTORES Y CONDICIONES DEL MEDIO

- | | | | |
|-----|---|--------------|---|
| 20. | No hay factores del medio considerados como determinantes | Capítulo XXI | |
| 21. | Trastornos mentales o perturbaciones psicológicas en la familia | Z81 | Antecedentes familiares de trastornos mentales y comportamentales |
| 22. | Carencias afectivas, educativas, sociales, culturales | Z62 | Otros problemas ligados a la educación del niño |
| 23. | Maltrato y negligencias graves | Z61 | Problemas ligados a los acontecimientos de vida negativos en la infancia |
| | | Z62 | Otros problemas ligados a la educación del niño |
| | | Z61 | Problemas ligados a los acontecimientos de vida negativos en la infancia |
| 24. | Eventos que acarrearán la ruptura de lazos afectivos | Z62 | Otros problemas ligados a la educación del niño |
| | | Z63 | Otros problemas ligados a situaciones de grupo en cambio del niño incluyendo la familia |
| | | Z58 | Problemas ligados al desarrollo personal |
| 25. | Contexto socio-familiar particular | Z59 | Problemas ligados a situaciones del hábitat y económicas |
| | | Z60 | Problemas ligados al desarrollo social |
| | | Z62 | Problemas ligados al grupo en cambio del niño incluyendo la familia |

- | | | | |
|-----|--|------------------|---|
| 26. | Niño nacido por procreación artificial | Z65 | Problemas ligados a otras situaciones psicosociales |
| 28. | Otros | | |
| 29. | Respuesta imposible por falta de información | Sin equivalencia | |

RECENSION BIBLIOGRAFICA

«El Psicodrama psicoanalítico de un niño asmático». Manuela Utrilla Robles. Biblioteca Nueva. Madrid 1.991, 248 pga...

Se trata de un libro de gran interés insertado de lleno en la tradición psicodramática psicoanalítica francesa y que viene a poblar un espacio muy poco prolífico en la bibliografía española. Manuela Utrilla había iniciado esta tarea en 1.983 con un artículo sobre psicósomática y psicodrama.

El presente libro gira en torno al psicodrama psicoanalítico de un niño con severas crisis asmáticas reacias al tratamiento médico, que la autora y varios psicoterapeutas interesados en el tema, asumen con expectativas formativas y de profundización en el tema. Pero el libro va mucho más allá de esta rica y extensa ilustración clínica, ahondando en reflexiones psicoanalíticas sobre la peculiaridad del trabajo psicodramático.

Toma como referencias de base «El Psicodrama analítico en el niño adolescente» de D. Anzieu y el libro de M. Basquin, P. Dubuisson, B. Samuel-Lajeunesse y G. Testemale-Monod «Le Psychodrame une approche psychanalytique». Del primer libro, dos colaboradoras que participan en el psicodrama del niño (C. Lozano y C. Roncero) hacen un excelente resumen de varios capítulos que permiten al lector adentrarse en los comienzos y peculiaridades del psicodrama de Moreno y en las vicisitudes y tendencias con que el psicodrama arraiga en Francia y los psicoanalistas franceses configuran el psicodrama psicoanalítico en sus diferentes modalidades (individual, grupal, etc.).

M. Utrilla comenta a continuación las concepciones morenianas y muestra los cambios, las nuevas perspectivas que el psicodrama ha de tomar para hacer de él un instrumento de interés para el trabajo psicoanalítico.

Aborda a continuación, en el capítulo central, la exposición del desarrollo del psicodrama del niño asmático estructurándola en tres períodos. Al final del libro se transcriben las anotaciones y comentarios de todas las sesiones del tratamiento, que dura algo más de dos años. Pero en el capítulo central la autora proporciona al lector una visión de conjunto del proceso psicoterapéutico, deteniéndose en momentos clave con numerosos comentarios e hipótesis, que van organizando el hilo conductor de una historia llena de vida y ricas reflexiones. Desde el comienzo hasta el final M. Utrilla, que asume el papel de la terapeuta que no juega, nos va mostrando con sus intervenciones e interpretaciones su modo de escucha del proceso asociativo del niño y el sentido de sus intervenciones, que buscan, en último término, que confluyan las representaciones de cosa con las del palabra y con los afectos del niño que corresponden. El asma alérgico del niño vemos también cómo va tomando diferentes significaciones a medida que se modifica su organización fantasmática en torno a sus nuevas configuraciones de la escena primaria.

En el último capítulo aborda esencialmente los aspectos teóricos más importantes del psicodrama psicoanalítico individual, pasando revista a cada uno de sus diferentes momentos, situaciones o elementos, a la luz de la cura psicoanalítica tipo. El encuadre, el relato, el juego, la escucha, el proceso, la interpretación, todo será contrastado con la cura tipo o incluso con el psicoanálisis de niños. Vemos a través de sus reflexiones en qué tiempos y espacios psicodramáticos se puede o no organizar la dinámica propia de la cura tipo. Y también, el valor más adecuado de algunas condiciones psicodramáticas para el funcionamiento de ciertos pacientes.

El proceso psicoanalítico, por ejemplo, sólo se desarrollaría, en sentido estricto, en los diálogos, mientras que los procesos psíquicos que tienen lugar en el juego serían algo diferente (alude aquí a la concesión de M. y R. Perron).

Finalmente, bajo el epígrafe «El sueño juego teatral», surgen interesantes reflexiones que se engarzan en las concepcio-

nes expuestas por D. Braunsweig y M. Fain en «El día y la noche» y las de J. Mc Dougall en «Teatros de la mente».

A parte del valor de las elaboraciones teórico-clínicas y de la contribución a que el psicodrama psicoanalítico sea conocido en España, este libro tiene el mérito y el valor, poco habitual de presentar todo un psicodrama con su material de anotaciones y comentarios ricos en significaciones y muy ilustrativo del trabajo en psicodrama psicoanalítico individual del niño.

L. FERNANDO CABALEIRO

