

El diagnóstico en la clínica con niños.
Psicoanálisis *versus* clasificaciones diagnósticas

Núria Rivera Nogales

Psicóloga Clínica y Psicoanalista. CDIAP Mollet del Vallès

Resumen

El diagnóstico desde el psicoanálisis no sigue las mismas pautas que desde el modelo médico, la psiquiatría e incluso la psicología clínica (sobre todo las terapias cognitivo-conductuales, TCC). La gran diferencia entre estas disciplinas, a parte de su concepción teórica, está en el uso que se hace de las clasificaciones internacionales (DSM-IV; CIE-10, CD: 0-3) e instrumentos estandarizados asociados que permiten un diagnóstico descriptivo y multiaxial. El psicoanálisis no se sirve de ellas.

En psicoanálisis, siguiendo a Freud y a Lacan, se parte de tres estructuras clínicas: neurosis, psicosis y perversión, y será en función a cómo se ubique el sujeto en relación a la ley, el mecanismo psíquico asociado y la ubicación respecto al deseo de la madre que se podrá establecer un diagnóstico.

Por su lado, las grandes clasificaciones internacionales definen los trastornos en función de la presencia-ausencia de unos criterios diagnósticos, su gravedad y duración en el tiempo y por el impacto en la vida del sujeto. Se ayudan para la valoración de instrumentos psicométricos que permiten medir y evaluar los trastornos.

En el presente artículo se analizan las diferencias diagnósticas entre psicoanálisis y tres clasificaciones diagnósticas internacionales en relación a la infancia: DSM-IV-TR, CIE-10 y CD: 0-3.

Palabras clave:

Diagnóstico, psicoanálisis, clasificación diagnóstica internacional, clínica con niños.

Introducción

El Diagnóstico desde el psicoanálisis no sigue las mismas pautas que desde el modelo médico, la psiquiatría e incluso la psicología clínica (sobre todo las terapias cognitivo-conductuales, TCC). Diagnosticar es un acto complejo que no hay que hacer a la ligera y hay que saber transmitir en su momento.

Siguiendo a Freud y también a Lacan, en psicoanálisis hablamos de tres grandes estructuras: *neurosis*, *psicosis* y *perversión*. Mientras que desde la psiquiatría o psicología clínica, lo concerniente a la psicopatología, está influida por diversos enfoques teóricos con sus consiguientes modelos de evaluación. Así, frente a la enfermedad mental, se tiende hoy día, hacia una clínica basada en estudios descriptivos de casos en los que se llega a una clasificación multiaxial. En la clasificación multiaxial la información clínica se recoge en diferentes ejes, donde cada eje es una dimensión diagnóstica que permite la codificación de todos los elementos, teniendo así una valoración global del funcionamiento del sujeto.

Las tres nosografías que más se emplean para el diagnóstico y clasificación de los trastornos son: el *Manual Estadístico y de Diagnóstico de los Trastornos Mentales* en su última edición (DSM-IV-TR, 2004) definido por la Asociación Americana de Psiquiatría, la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* de la Organización Mundial de la Salud, OMS (en sus últimas revisiones: CIE-9, 1979 [6ª versión, 2008] y CIE-10, 1992) donde se encuentran todas las enfermedades. Estas clasificaciones disponen de un apartado dedicado a los trastornos del desarrollo en la infancia. En la versión española del DSM-IV-TR se incluyen los códigos de la CIE-10 que permite establecer un cierto paralelismo entre los trastornos de una y otra clasificación, además los códigos CIE son los más utilizados en Europa. Y por último *La Clasificación Diagnóstica CD: 0-3* que aborda la clasificación de la salud mental y las dificultades del desarrollo en la primera infancia desde un enfoque sistemático de base evolutiva y categoriza los patrones emocionales y conductuales que constituyen desviaciones significativas respecto del desarrollo normativo de los primeros años. Esta clasificación es la única dedicada a la primera infancia.

Haciendo un poco de historia podemos decir que desde finales del siglo XIX y gran parte del siglo XX la psicopatología estuvo marcada por la división diagnóstica de neurosis y psicosis, pero esto cambió cuando surgieron los grandes sistemas de clasificación (CIE, DSM). Las dos primeras versiones del DSM estuvieron influenciadas por la teoría psicoanalítica, se podían encontrar términos como neurosis o mecanismos de defensa, no así en la última versión. Sin embargo, en la CIE-9 y CIE-10 se continúa haciendo referencia a “trastornos neuróticos”, pero la neurosis como entidad clínica, ha sido dividida en trastornos de ansiedad, donde también se incluye las fobias, el TOC, trastornos disociativos y somatoformes

(F40-F48, CIE-10). A falta de unos marcadores biológicos, psicológicos y sociales eficaces y fiables, el panorama diagnóstico está cambiando (Jarne y Talarn, 2002). Podemos decir que en las diferentes clasificaciones la distinta terminología empleada para definir los trastornos psicóticos y sus subtipos se deben más a criterios arbitrarios, como la duración en el tiempo, que a criterios de validez científica. Estos modernos sistemas de clasificación hacen un análisis descriptivo, donde el concepto de psicosis se mantiene a modo de indicar la presencia de alucinaciones, ideas delirantes y otros comportamientos susceptibles de “anormalidad”.

Así, tanto el DSM-IV-TR, la CIE-9 y CIE-10 y la CD: 0-3 son clasificaciones descriptivas, multiaxiales y categoriales (ver tabla 1). Por tanto, la existencia de un trastorno está condicionada a la presencia-ausencia de unos signos, síntomas o criterios, su gravedad y duración en el tiempo, así como en el impacto en la vida del sujeto. Dependiendo del diagnóstico categorial o dimensional existen numerosos instrumentos psicométricos estandarizados para la valoración diagnóstica de los trastornos mentales (entrevistas estructuradas, semi-estructuradas, escalas, cuestionarios) así como protocolos de actuación. Este sistema de evaluación es una de las grandes diferencias con la teoría psicoanalítica a la hora de establecer tanto un diagnóstico como un tratamiento.

Tabla 1. Ejes diagnósticos en el DSM-IV-TR, CIE-10 y CD: 0-3

EJES	DSM-IV-TR	CIE-10	CD: 0-3
EJE I.	Trastornos clínicos.	Síndromes psiquiátricos clínicos.	Diagnóstico primario.
	Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.		
EJE II.	Trastorno de personalidad.	Trastornos específicos del desarrollo psicológico.	Trastornos de la interacción.
	Retraso mental.		
EJE III.	Enfermedades médicas.	Nivel intelectual.	Trastornos médicos y del desarrollo.
EJE IV.	Problemas psicosociales y ambientales.	Condiciones médicas.	Factores psicosociales de estrés.
EJE V.	Evaluación de la actividad global (escala de evaluación de la actividad global (EEAG)).	Situaciones psicosociales anómalas asociadas.	Nivel de desarrollo emocional.
EJE VI.		Evaluación global de la discapacidad psicosocial.	

En relación a los trastornos en la infancia, el DSM-IV-TR hace referencia a *Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*, y la CIE-10 en su capítulo V, *Trastornos mentales y del comportamiento*, códigos F00-99, se refiere a la infancia como *Trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*.

Perspectiva psicoanalítica

Para el trabajo preliminar de diagnóstico lo primero a tener en cuenta son los instrumentos de los que se sirve el psicoanálisis: palabra y escucha como piezas principales, donde la piedra angular es la asociación libre que abrirá el camino al inconsciente. En los niños también es importante hacer uso del dibujo y el juego, que pueden interpretarse como los sueños. En algunas ocasiones también es posible servirse de pruebas proyectivas tales como el Rorschach, Test de Apercepción Temática (TAT o CAT que es la versión infantil), HTP-P, Test de la familia u otros. Todas estas herramientas nos permiten averiguar del inconsciente. Sin embargo antes de poder establecer un diagnóstico, que en el caso del niño en la primera infancia nunca debe ser cerrado porque es un sujeto en construcción, es conveniente darse un tiempo en el que asegurarse de la posición del sujeto en relación al deseo y a lo pulsional. El diagnóstico es fundamental para poder iniciar el tratamiento, pero para esto, necesitamos de otros recursos que nos ayudaran a llegar a él.

En primer lugar, cuando un niño es llevado a consulta, es importante poder situar cuál es la demanda. Demanda de los padres (conocer cuál puede ser el deseo de los padres en relación a la demanda de atención) y también demanda del niño. Si no hay demanda se debe favorecer su establecimiento. Las primeras entrevistas o entrevistas preliminares, deben determinar cuál es el motivo de consulta (que no necesariamente coincide con la demanda) y servir al analista para escuchar las preocupaciones, expectativas y dificultades del niño. Cuáles son las quejas de los padres, su malestar y también qué explicaciones se dan de aquello que le pasa a su hijo. Las entrevistas preliminares sirven al analista / terapeuta para ver en qué momento evolutivo está el niño, identificar signos y síntomas que pudieran ser factores de riesgo de patología, descubrir qué posición ocupa el niño en la familia. Qué es de los padres y qué del niño. Promover en los padres la subjetivización del hijo y ver su propia implicación inconsciente en lo que ocurre. Orientar hacia una rectificación subjetiva, que puedan comprender lo que no funciona y conseguir el establecimiento de la transferencia. Freud definía la transferencia como los sentimientos tiernos hacia el analista, es lo que entendemos por transferencia positiva, mientras que la transferencia negativa se refiere a los sentimientos de hostilidad. En la cura, la intervención del analista no irá por el camino de responder en el

sentido de curar heridas narcisistas, sino abriendo el camino del deseo del Otro. La interpretación del analista debe ir de la mano de la transferencia. Silvestre en 1986 decía que la interpretación ha de ser la interpretación de la transferencia, ya que es en la transferencia donde tiene lugar la repetición; y la repetición es el material que el analista debe interpretar siempre.

En cuanto a la demanda es eso que, de una necesidad pasa a través del significante dirigido al Otro. Demanda no es lo mismo que deseo, aunque sabemos que éste no existe sin aquélla. Podríamos decir que el deseo (el deseo es el deseo del Otro, decía Lacan) es el resto que queda de la tramitación de la necesidad por la demanda. El deseo hace referencia al Edipo o ley simbólica de los propios padres y del niño, así como a los ideales.

El sufrimiento es la manifestación de un síntoma. Un síntoma en psicoanálisis es un secreto que encierra una verdad; informa que en algún punto de la historia familiar se produjo un malentendido; es un efecto de la represión; es una metáfora, en tanto que reemplaza un significante ignorado por el sujeto. Sin embargo, a veces, un síntoma no es suficiente para acudir a un analista, para iniciar una cura. Cuando la demanda aparece en las entrevistas preliminares es una demanda del otro ¿Qué me pide? ¿Qué es lo que el Otro me pide? Cuando el sujeto quiere obedecer a esta demanda es porque piensa que el Otro lo ama. Se da entonces una demanda de amor. Al mismo tiempo el sujeto piensa, supone al Otro un saber, un saber sobre lo que le pasa (Lacan hablara de Sujeto-supuesto-Saber). Así vemos que la transferencia se da desde dos formas: la del amor y la del saber. La transferencia aparece desde el principio en una cura. Al sujeto en un análisis se le pide que hable. Habla a otro. En el análisis se trata de ver a qué otro se dirige. El sujeto trabaja para el Otro que escucha, busca en el otro la interpretación de lo que sucede, pero el analista ha de salir del lugar donde lo coloca el analizante. Hablar bajo transferencia, así se podrá escuchar al inconsciente, y en función de lo que dice el sujeto, ubicar el síntoma en relación a las estructuras clínicas: neurosis, psicosis y perversión.

Neurosis, Psicosis y Perversión

El psicoanálisis es una clínica de la escucha, se le da valor a las palabras del analizante, del paciente, a lo que relata de su malestar porque se ponen de manifiesto sus significantes. En la clínica con niños, el dibujo y el juego, además, nos hablarán de estos significantes.

Para establecer un diagnóstico no podemos basarnos únicamente en los síntomas que trae el analizante / paciente. Para Freud y para Lacan son tres los grandes diagnósticos que parten de las tres estructuras clínicas: neurosis, psicosis y perversión.

sión. Cada uno de ellos tiene asociado un mecanismo de defensa, una relación distinta con la inscripción de la ley y una ubicación del sujeto en relación al deseo de la madre. El diagnóstico en psicoanálisis vendrá determinado por cómo se ubique el sujeto en relación a estos criterios (ver tabla 2).

Tabla 2. A modo de criterios diagnósticos desde el psicoanálisis

E S T R U C T U R A CLÍNICA	M e c a n i s m o s psíquicos	Inscripción de la ley	Ubicación del sujeto en relación al deseo de la madre
NEUROSIS	Represión.	Se inscribe la ley, cuando alguna representación se hace intolerable se reprime. Todo lo reprimido retorna. La realidad se sustituye por fantasías.	El niño como síntoma de la pareja parental. El síntoma del niño representa la verdad de la pareja parental.
PSICOSIS	Forclusión.	No hay inscripción del significante del Nombre-del-padre. No se ha inscrito la ley simbólica. La realidad no se sustituye, el psicótico se crea un mundo interno. En lugar de creencia hay una certeza.	El niño como objeto del fantasma de la madre. El niño queda fijado como objeto de goce de la madre.
PERVERSIÓN	Renegación o Dementido.	El sujeto sabe dónde está la ley y se la salta. Hay un primer reconocimiento de lo simbólico, de la ley y luego una negación.	El niño como falo de la madre. El niño se hace el instrumento del goce del Otro.

Las manifestaciones sintomáticas con las que se presenta un sujeto no nos dicen nada de su estructura, ya que hay síntomas que pueden estar en una estructura y también en otra (por ejemplo la angustia). Debemos entonces buscar los síntomas en el plano de la observación y en lo que dice el paciente en relación a qué le hace daño (mirada y escucha). Vemos así, que hay dos planos, el fenomenológico (lo observable) y lo estructural. La estructura tiene que ver con lo simbólico, con el lenguaje. Del éxito de la simbolización depende que el sujeto sea neurótico o psicótico, si accede o no a la represión originaria.

Con todo esto queremos decir que la lista de síntomas que podemos hacer de un analizante / paciente (en este caso un niño) no nos da suficiente información para poder establecer un diagnóstico desde el psicoanálisis, sino que debemos indagar en las significaciones que da el niño (en cómo se ubica en relación) al pro-

blema del deseo de la madre (Laurent, 1986) y cómo ha actuado el tercero como separador simbólico, es decir, cómo ha operado la metáfora paterna. Así podremos encontrar en qué estructura se encuentra el niño. No podemos manejarlos con los síntomas y diagnosticar sin encuadrarlos en una estructura.

Hay que tener en cuenta que no hay una continuidad de una estructura a otra (no se pasa de neurosis a psicosis con el tiempo). Los síntomas pueden darnos idea de la gravedad, y en ocasiones, clarificar qué estructura tiene un sujeto puede llevar a confusión por su difícil diagnóstico. No podemos hablar en términos de curar una psicosis (el psicótico, el neurótico lo son siempre), pero sí de estabilización sintomática, por ejemplo. Podemos encontrar sujetos neuróticos muy graves y sujetos psicóticos estables, sin fenómenos elementales y con una vida normalizada.

Diferencias diagnósticas entre psicoanálisis, DSM-IV-TR / CIE-10 y la clasificación diagnóstica 0-3 (CD: 0-3)

Psicoanálisis

Ya hemos comentado que desde una perspectiva psicoanalítica lo que se establecen son tres estructuras clínicas y cómo el mecanismo que las caracteriza, la inscripción que se hace de la ley y la ubicación del sujeto frente al deseo de la madre pueden determinar si se trata de neurosis, psicosis o perversión. Mientras que desde los distintos sistemas clasificatorios es en base a la presencia de unos criterios diagnósticos, los síntomas, lo que define un trastorno (no una estructura).

Neurosis

Freud descubrió que hay contenidos (pensamientos, representaciones. Significantes para Lacan) que son inaccesibles a la conciencia y que aparecen de forma cifrada. Lo cifrado es lo que llamó inconsciente y a lo que cifra, reprimido. Esos contenidos están reprimidos y retornan del inconsciente en forma de síntomas, lapsus, olvidos, actos fallidos o sueños, lo que llamamos formaciones del inconsciente. Podríamos decir que aparecen porque la represión no es del todo exitosa y se forma un conflicto entre el impulso y las defensas, entre el retorno del material reprimido y las fuerzas represoras, formándose los síntomas.

Modalidades en las neurosis:

1. *Histeria* que se caracteriza por el síntoma conversivo, la somatización.
2. *Obsesión* que se caracteriza por la duda, el ritual obsesivo, pensamientos de culpa...

3. La *Fobia* no sería una tercera modalidad propiamente dicha, pues puede caer del lado de la histeria como de la obsesión y se caracteriza por la evitación del objeto fóbico.

En la histeria y la obsesión, la represión y los síntomas son distintos.

En la histeria la represión termina con la formación del síntoma (conversión) mientras que en la obsesión no se sabe si lo que se reprime es una tendencia hostil o libidinosa ya que en este trastorno hay una regresión que sustituye la tendencia erótica por una sádica. El impulso hostil hacia una persona amada se reprime.

Las personas que sufren estas neurosis tienen una idea inconsciente que no pueden conciliar con su yo. Los sujetos neuróticos son aquellos que han efectuado cierto grado de inscripción de la ley y ante una representación intolerable se defienden reprimiéndola. La represión fracasa y deja síntomas detrás de sí, ya que hay un retorno de lo reprimido. Hay un significante en el lugar de otro. El N-d-P (Nombre del Padre) es un significante que viene al lugar de otro, el materno, primer significante introducido en la simbolización, el N-d-P viene al lugar de la madre.

El neurótico articula su relación con la realidad a partir de su creencia fantasmática en cómo puede él explicarse su relación con lo que ocurre. La realidad se sustituye por fantasías.

En cuanto a cómo se ubica en relación al deseo materno, la respuesta que encontramos en el neurótico es el niño como síntoma. Cuando el niño se coloca en posición de síntoma no lo hace como síntoma de la madre sino como síntoma del deseo de la madre articulado con el Nombre del Padre. El síntoma del niño viene como respuesta a la cuestión que plantea el enfrentamiento con el Otro.

El síntoma del niño representa la “verdad” de la estructura de la pareja. Lacan se lo dice así en *la nota* a Jenny Aubry:

“El síntoma del niño se encuentra en el lugar desde el que puede responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar. El síntoma se define como representante de la verdad. La verdad de lo que es la pareja en la familia. El síntoma que domina resulta de la subjetividad de la madre. La articulación se reduce en mucho cuando el síntoma que viene a dominar resulta de la subjetividad de la madre. Ahí el niño es interesado directamente como correlativo de un fantasma...” (Lacan, 1987, pág. 17).

Psicosis

Las incursiones que hizo Freud en el tema de las psicosis fueron escasas a excepción de algún episodio psicótico en sus pacientes, el estudio intensivo de *Memorias*

de un *Neurópata*, escrito por el magistrado Schreber en *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente* (Freud 1895a) y varios Manuscritos. Freud opinaba que los psicóticos eran pacientes no aptos para el psicoanálisis ya que tienen dificultad en establecer la transferencia, verdadero motor de la cura. En su *Manuscrito H* (Freud, 1895b) hace un detallado estudio sobre la paranoia e introduce el concepto de proyección, posteriormente en el *Manuscrito K* (Freud 1895c) volverá sobre el tema de la paranoia y hablará de neuropsicosis de defensa. Según Freud la psicosis era prácticamente incurable y se centró en la cura de las neurosis. Sin embargo privilegió el concepto de paranoia (para él componente principal de la psicosis) sobre la noción de esquizofrenia. Lacan, por su parte, si se adentró en el campo de la psicosis e hizo verdaderos hallazgos que plasmó en varios textos, entre ellos: *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* (Lacan, 1995) o su Seminario III dedicado a *las psicosis* [1955-1956] (Lacan, 1984).

Los sujetos psicóticos no han inscrito la ley. No hay nada en el lugar de lo reprimido porque no se inscribió el significante del N-d-P. Al faltar este significante se puede decir que hay un agujero. No podemos hablar de significantes fuera de la cadena de significantes. Un significante no forcluido remite a un significante y a otro y a otro (S1, S2...Sn, cadena de significantes). Un significante forcluido no remite a nada. Cuando decimos que un significante está forcluido es que sólo está en lo real, no ligado a otro significante en la cadena, en lo simbólico. Si un significante aparece solo, viene de lo real y estamos ante un sujeto psicótico. Como consecuencia de la forclusión algo que debiera funcionar de una manera determinada no está. El psicótico no sustituye la realidad sino que se crea un mundo interno; en lugar de una creencia hay una certeza respecto a lo que adviene de forma intrusiva y la significación que esto tiene para el sujeto.

El significante del N-d-P, como cualquier significante, sigue la ley de todo o nada, presencia-ausencia. No es algo observable, explica las manifestaciones de la psicosis.

Se habla en la psicosis de niño como objeto del fantasma de la madre. Niño identificado con el objeto del fantasma de la madre. Ocupa el lugar del objeto "a". El niño viene a sustituir a ese objeto del fantasma materno. Queda fijado como objeto de goce de la madre, no se separa del Otro y de su goce. El padre tiene la función de separar al niño de su Otro materno; al hacerlo consigue que el niño pase de la posición de objeto del Otro materno a la de sujeto, pero este proceso de alienación-separación fracasa en la psicosis, ya que el niño no se separa del Otro materno y de su goce. Al no tener éxito la separación, el sujeto puede creer que no puede escapar del otro, de ahí por ejemplo, fenómenos como el adivinamiento del pensamiento u otros automatismos mentales característicos en las psicosis.

Perversión

En psicoanálisis se habla de perversión en relación a la sexualidad, determinada “desviación” en la que el fetiche es lo que causa placer. Pero de un modo más generalizado, se habla de perversión cuando la moralidad o comportamiento de ciertos sujetos exceden de una crueldad o malicia especial.

Los sujetos perversos inscriben en un primer tiempo el reconocimiento de la ley, pero luego hay un proceso de negación de la misma. Hay un vínculo con el objeto perdido. El perverso es aquel que puede transgredir la ley porque sabe donde está aquello prohibido. La percepción de la realidad se conserva, pero se mantiene renegada, repudiada.

La significación al deseo materno en la perversión está del lado del niño como falo de la madre. El niño en su relación con la madre, relación constituida no por la dependencia vital sino por su dependencia de amor, es decir, por el deseo de su deseo, se identifica con el objeto imaginario de ese deseo en cuanto que la madre misma lo simboliza con el falo (Lacan, Escritos 2, p. 536). El sujeto [perverso] se hace instrumento de goce del Otro.

DSM-IV-TR, CIE-9 y CIE-10

Existe mucha diversidad en cuanto a protocolos e instrumentos diagnósticos de que se sirven la psiquiatría y la psicología clínica basados en estas clasificaciones. Entre los más utilizados están las entrevistas (estructuradas o semiestructuradas), pruebas psicométricas como los tests, las escalas diagnósticas o los cuestionarios, así como también el uso de las técnicas proyectivas. Para la aplicación de la mayoría de estas pruebas es necesario cierto dominio y conocimiento, sin embargo hay otras que un sencillo entrenamiento es suficiente, pues son a modo de árbol de decisión diagnóstica o su corrección es en base a plantillas en las que una puntuación corresponde a una categoría diagnóstica.

El Manual Estadístico y de Diagnóstico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición, texto revisado (APA, 2004) incluye en esta sección los trastornos que surgen en la infancia o adolescencia, aunque no necesariamente se diagnostiquen en esos periodos, además advierte la importancia de tener en cuenta otros trastornos de otras secciones que también pudieran aparecer en la temprana infancia como el trastorno depresivo, de ansiedad o esquizofrénico. Sin embargo no habla de esquizofrenia infantil, depresión o ansiedad en la infancia, sino que para esos diagnósticos se deben utilizar y aplicar los mismos criterios que para el adulto.

Sería muy extenso reproducir en este artículo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y CIE-10 o CIE-9 que se siguen utilizando en algunas instituciones. Para todos estos trastornos, al igual que para la CD: 0-3, nos limitamos a remitir a sus manuales,

de obligada consulta, para comprender en su totalidad sus conceptos. No obstante, al final del apartado, se ha confeccionado un cuadro de equivalencias diagnósticas (ver tabla 3) donde se indican los paralelismos entre algunos trastornos característicos en la infancia según las distintas clasificaciones y su estilo de codificación.

DSM-IV-TR

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Se especifica: retraso mental, trastornos del aprendizaje, trastornos de las habilidades motoras, trastornos de la comunicación, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez, trastornos de tics, trastornos de la eliminación y otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia).

CIE-9

En el apartado 5 hace referencia a los Trastornos mentales: Psicosis 290-299, donde podemos encontrar trastornos referidos a la infancia, entre ellos: Los trastornos generalizados del desarrollo (299) que incluye trastornos autísticos (299.0). T. desintegrativo de la infancia (299.1) incluye el síndrome de Heller. Otros trastornos generalizados del desarrollo especificados (299.8) incluye el Trastorno de Asperger. Trastornos generalizados del desarrollo no especificados (299.9) que incluye esquizofrenia tipo infancia y otras psicosis infantiles.

CIE-10

Trastornos generalizados del desarrollo (F84) y Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia (F90-F99).

F90 Trastornos hipercinéticos, F91 Trastornos disociales, F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos, F93 Trastornos de las emociones de comienzo específico en la infancia, F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la infancia o la adolescencia, F95 Trastornos de Tics, F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo en la infancia o la adolescencia, F99 Trastorno mental sin especificar y problemas que no cumplen los criterios para ningún trastorno mental específico.

Clasificación diagnóstica 0-3

No es una clasificación etiológica, se basa en los síntomas observados en el paciente. Su principal característica (que la distingue del DSM-IV-TR) es que centra la atención en el niño de primera infancia teniendo en cuenta su desarrollo y la interacción. La clasificación CD: 0-3 describe los tipos de problemas que no se abordan en otras clasificaciones y también aquellos que se encuentran en otros sistemas clasificatorios pero

están destinados a niños mayores o adultos. En la temprana infancia estos problemas pueden tener otras manifestaciones. Al usar todos los ejes para diagnosticar una situación, el clínico obtiene un perfil diagnóstico del niño en la temprana infancia y una comprensión más holística dentro de su contexto familiar y social en general.

Eje I. Se refiere a los trastornos clínicos más formales. Hace referencia al problema en el niño al *diagnóstico primario*.

Eje II. Describe los trastornos de la interacción. La relación entre el niño y los padres o quien lo cuida.

Eje III. Trastornos o problemas tanto físicos, como neurológicos, del desarrollo u otros trastornos mentales que puedan diagnosticarse con otro sistema de clasificación, ya sea el DSM-IV TR, la CIE-9 o CIE-10 o clasificaciones específicas de trastornos del lenguaje u otras nosologías.

Eje IV. Se refiere a todos aquellos estresores psicosociales (familia, escuela, entorno social) que pueden influir en los síntomas y trastornos clínicos.

Eje V. Describe el nivel de funcionamiento emocional, social y en el desarrollo siguiendo un modelo evolutivo que tiene en consideración la capacidad interactiva y las aptitudes simbólicas. Para cada nivel se obtiene una puntuación de 0 a 6.

Tabla 3. Equivalencia de códigos diagnósticos y trastornos mentales según la CIE-9, CIE-10, DSM-IV TR y CD: 0-3 referidos a la infancia y adolescencia

CIE 9	CIE 10	DSM-IV-TR	CD: 0-3	Trastorno
299.0	F84.0 F84.1	299.00	700	T. Autista/Autismo infantil/T. de la relación y la comunicación. Autismo atípico(psicosis infantil atípica y retraso mental con rasgos autísticos).
299.1	F84.2 F84.3	299.10		Trastorno de Rett, Psicosis Desintegrativas. Otro trastorno desintegrativo de la infancia.
299.8	F84.4 F84.5 F84.8	299.80		Otras psicosis de la primera infancia. Síndrome de Asperger. Otro trastorno generalizado del desarrollo.
315.5	F83		700	Desorden mixto del desarrollo.
295	F20	295		Esquizofrenias.
296.x3 296.x4	F30 F31 F32.2 F32.3 F33.2 F33.3	296.x3 296.x4	202 203	Trastornos afectivos graves, trastorno bipolar, trastornos del estado de ánimo. Episodio depresivo sin síntomas psicóticos. Episodio depresivo con síntomas psicóticos. T. depresivo recurrente, ep. actual sin sínt. psic. T. depresivo recurrente, ep. actual con sínt. psic.
297	F22.0	297.1		Trastornos delirantes/Delirios paranoides.
301.83	F60.31	301.83		Trastorno Límite de la Personalidad.
301.7	F60.2 F91	301.7	403	Trastorno Disocial de la personalidad. Trastornos disociales.

Nota: tabla extraída y modificada del *Consell assessor sobre assistència psiquiàtrica i salut mental* (2003 pág. 8)

Conclusiones

Siguiendo las perspectivas de diagnóstico propuestas es difícil establecer una correlación exacta entre ellas, ya que cada una parte de un supuesto y un campo teórico distinto. Sin embargo los clínicos suelen establecer ciertos paralelismos a modo de “encajar” los trastornos según una clasificación u otra. El DSM-IV-TR incluye la nomenclatura de los códigos CIE-10 en su codificación, por ejemplo. Es importante conocer las equivalencias diagnósticas de las clasificaciones más empleadas, sobre todo para la comunicación entre profesionales.

Un dato importante a destacar es el vacío diagnóstico que hay entre los 3 y 6 años. Esta etapa del desarrollo está poco estudiada nosográficamente por las clasificaciones existentes y a menudo se ha de partir de los mismos criterios que para el adulto, lo que puede ocasionar errores diagnósticos.

Para poder diagnosticar en base a las clasificaciones o desde el psicoanálisis es necesario tener conocimientos sobre psicopatología. En psicoanálisis se parte del caso por caso, y se sitúa al niño en función de una estructura teniendo en cuenta la sintomatología, el acceso a la simbolización y su posición respecto al Otro. No podemos decir que haya estructuras clínicas exclusivas de la infancia. Por su lado, las clasificaciones tienden a generalizar para poder hacer estudios epidemiológicos y sobre todo facilitar la comunicación entre profesionales, al utilizar los mismos códigos diagnósticos. De ahí que siempre que se establece un diagnóstico en base a cualquier nosografía sea conveniente citar la clasificación empleada. Tanto la CIE-10, como el DSM-IV-TR (se está a la espera de la 5ª edición de la que se prevén cambios conceptuales) advierten que no es una clasificación por grupos de edad, por tanto en el mismo eje se puedan encontrar trastornos referidos a la infancia y a la edad adulta o vejez por ejemplo. Por una cuestión organizativa en la CIE-10 los códigos que se pueden aplicar a los niños y adolescentes aparecen antes (F70 del tercer eje; F84 y F90-F99 del primer eje).

La 9ª revisión de la CIE sigue estando en uso e independientemente de la vigencia de la 10ª versión sigue usándose su nomenclatura por distintas instituciones que trabajan con niños o adolescentes.

Para finalizar es importante destacar, refiriéndonos a los trastornos mentales, que en el diagnóstico de una psicosis desde la psiquiatría (autismo, esquizofrenia, paranoia y otros) es necesaria la aparición de síntomas positivos (delirios, alucinaciones) o negativos (conductas “raras”, aplanamiento afectivo, comportamiento desorganizado, retraimiento social, apatía, anhedonia) Podemos decir que estos síntomas positivos y negativos son difíciles de determinar en niños de primera infancia porque están en evolución; aunque el autismo puede diagnosticarse antes de los 2 años.

Las actuales líneas de investigación en psiquiatría y en psicología clínica se basan en estudiar manifestaciones o signos tempranos que pueden aparecer durante años, hasta que se despliegue la enfermedad. Se estudian los pródromos que hacen referencia al malestar que antecede a una enfermedad. La *fase prodrómica* puede durar entre 2 y 5 años, incluso puede variar de unos días o meses a 10 años. Esta fase se caracteriza por una sintomatología inespecífica que puede, o no, derivar en psicosis. De ahí la importancia de un diagnóstico abierto en temprana infancia porque aunque se detecten síntomas que apuntan a una enfermedad mental, depende también de otros factores que ésta finalmente se instale.

La prevención, detección e intervención son objetivos de la atención temprana y no son herramientas propias -ni exclusivas- de una u otra orientación diagnóstica. Para llegar a un buen diagnóstico en primera infancia es importante darse un tiempo en las fases de observación y diagnóstica; ya que algunos síntomas que podrían orientarnos hacia un trastorno, pueden desaparecer con las primeras intervenciones, mientras que otra sintomatología, poco relevante al inicio, puede desembocar en una alteración del desarrollo importante.

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA:

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV (4ª edición): Masson, Barcelona, 1994.

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA:

DSM-IV-TR Breviario. Criterios Diagnósticos: Masson, Barcelona, 2004.

CONSELL ASSESSOR SOBRE ASSISTÈNCIA PSIQUIÀTRICA I SALUT MENTAL:

Recomanacions per a l'atenció dels trastorns mentals greus en la infància i l'adolescència: CatSalut, Barcelona, 2003.

DOMENECH, E. Y JANE, M.C.:

Actualizaciones en psicopatología infantil II. De cero a seis años:

UAB Serveis de Publicacions, Bellaterra (Barcelona), ed. 1998.

EGGE, M.

El tratamiento del niño autista: Editorial Gredos, Madrid, 2008.

FREUD, S.:

Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Vol. XII):

Amorrortu Editores, Argentina, 1895a, pp.1-76.

FREUD, S.:

Manuscrito H. (Vol. I): Amorrortu Editores, Argentina, 1895b, pp. 246-252.

FREUD, S.:

Manuscrito K. (Vol.I): Amorrortu Editores, Argentina, 1895c, pp. 260-269.

JARNE, A. Y TALARN, A.

(comp.): *Manual de psicopatología clínica:* Paidós, Barcelona, 2002.

LACAN, J.:

Seminario III, Las Psicosis: Paidós, Argentina, 1984.

LACAN, J.:

"Notas sobre el niño". *El Analicón. Psicoanálisis con niños. (Vol. 3):* Correo/Paradiso. Fundación del Campo Freudiano, Barcelona, 1987, pp. 16-17.

LACAN, J.:

De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. Escritos (vol. 2): 18 Siglo XIX, ed. México, 1995, pp. 513-564.

LAURENT, E.:

“El niño y su madre”.

El Analítico. Genio del Psicoanálisis. (Vol.):

Correo/Paradiso. Fundación del Campo Freudiano, Barcelona. 1986, pp. 45-56.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO:

Clasificación internacional de las enfermedades 9ª revisión. Modificación clínica. eCIE9MC versión 3.0.1. 15/12/200,
2008. (<http://www.msc.es/ecie9mc-2008/html/index.htm>)

NATIONAL CENTER FOR INFANT:

Clasificación diagnóstica 0-3:
Paidós, Barcelona, 1998.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:

Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes CIE-10:

Panamericana, 1ª Edición, 2ª reimpresión, Madrid, 2007.

PASCUAL, C.:

“Clínica diferencial en la edad escolar, hoy”.

Clínica diferencial en l'edat escolar, avui. La Jornada del SAM, 2:

Ajuntament de Sant Celoni. Àrea de Benestar Social, 2001, pp. 12-30.

SILVESTRE, M.:

“Transferencia e interpretación en la práctica analítica”.
El Analítico. Genio del Psicoanálisis. (Vol. 1):
Correo/Paradiso. Fundación del Campo Freudiano, Barcelona, 1986, pp.57-63.
