

# 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 SEYPNA

### **Presidente:**

L. Fernando Cabaleiro (Madrid)

### **Vicepresidente:**

Alberto Lasa (Bilbao)

### **Secretario:**

M<sup>a</sup> 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

**CLASIFICACION FRANCESA DE LOS PROBLEMAS  
MENTALES DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE [CFTMEA]<sup>1</sup>  
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

<sup>1</sup> 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 los 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.

<b>Cociente intelectual</b>	<b>Categoría</b>
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.

<b>Uso</b>	<b>Producto empleado</b>
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 psicósomáticas
- 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 ETIOLOGICOS

### 1. FACTORES ORGANICOS

(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 (vívico, vacteriológico) 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 abandonico, 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 megalomaníacas 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 (Farfalleo)

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 electivo

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, athetosias, 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.



<b>Uso</b>	<b>Producto Utilizado</b>
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 ETIOLOGICOS

### 1. FACTORES ORGANICOS

(Retener si es necesario varios números del código).

### 10. NO HAY FACTORES ORGANICOS 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 cardiaca, 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 afeción 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 epilépticas 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: hipersolidaridad 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

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

Misés, 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'Adolescent». *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	
<b>1. PSICOSIS</b>			
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
2.01	Trastornos neuróticos evolutivos con dominancia histérica	F 41.1	Ansiedad generalizada.
		F 44	Trastornos disociativos (de conversión)
		F 45.0	Somatización
2.02	Trastornos neuróticos evolutivos con dominancia fóbica	F 45.1	Trastorno somatoforme indiferenciado
		F 93.1	Problemas de ansiedad fóbica de la infancia.
		F 93.2	Ansiedad social de la infancia
2.03	Trastornos neuróticos evolutivos con dominancia obsesiva	F 40.	Problemas ansiosos fóbicos
		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. PATOLOGIAS 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	Farfulleo
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<br>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. Testemmale-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-