

## DEBATES E INFORMES

## Estructuras clínicas intermedias en la psicosis infantil

La casi inexistencia de recursos específicos en Salud Mental Infanto-Juvenil en España hasta hace pocos años, unido a las deficiencias en los recursos en este campo actualmente, ha favorecido que los trastornos mentales severos como las Psicosis infantiles (Trastornos Generalizados del Desarrollo) y los Trastornos Graves de Personalidad, hayan sido atendidos desde dispositivos de Educación; teniendo además en cuenta que la tardanza en el inicio del tratamiento de estas patologías, y por sus mismas características psicopatológicas, conlleva un funcionamiento mental deficitario, ha inclinado la balanza conceptual en este sentido, en la pugna ya clásica de si estos trastornos tienen un origen deficitario o por el contrario se trata de una defensa que estructura una determinada organización mental.

También existe una fuerte corriente en España defensora de que el abordaje del Autismo ha de ser por vía educativa aunque considerando aspectos psicológicos, lo que a nuestro entender puede crear confusión entre los distintos profesionales y los padres de los niños y adolescentes afectados además de poder provocar una mutilación importante en la comprensión y abordaje de estas problemáticas tan complejas en sí mismas.

En nuestro Equipo se consideró que los trastornos mentales graves en niños y adolescentes también debían ser atendidos en sus aspectos clínicos emocionales y no sólo de diagnóstico o tratamiento farmacológico, lo que clásicamente es lo que parece co-

rresponder al equipo clínico. Aunque a veces puede ser difícil realizar un diagnóstico diferencial, son entidades clínicas propias con una estructura psicopatológica determinada diferenciadas de los trastornos de conducta, hiperquinesias, trastornos del lenguaje, deficiencias mentales o retrasos psicomotores como en muchos casos son diagnosticados estos niños, siendo más bien aquí síntomas o consecuencia de la estructura psicótica y en ocasiones de patologías severas de la personalidad.

Desde hace cinco años, en la Unidad de Salud Mental Infantil del Área Sanitaria de Alcázar de San Juan, ante la posibilidad de dedicar parte del personal al tratamiento concreto de los niños con estos trastornos que nos iban derivando tanto del ámbito escolar como desde Atención Primaria de Salud, creamos una estructura organizativa permanente a la que hemos denominado Unidad de Terapia (1, 2), con una orientación de Centro de Terapia Intensiva (Hospital de Día a tiempo parcial).

Nuestro Equipo es uno de los ocho que la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha creó hace varios años como dispositivos específicos para niños y adolescentes, ubicados en el segundo nivel y uno por cada Área sanitaria. Nuestra Unidad consta de siete profesionales (una psiquiatra, dos psicólogas, un enfermero, dos auxiliares de clínica que actúan como monitores o educadores y un auxiliar administrativo). El Área sanitaria que abarca es de 120.000 habitantes.

### *Marco teórico*

El abordaje de la psicosis y de los trastornos mentales severos en niños y adolescentes nos parece un camino arduo y lleno de complicaciones, mereciendo un profundo respeto todo profesional o grupo de profesionales que se embarca en él así como las diferentes técnicas utilizadas con rigor y honestidad.

Sin embargo la estructura terapéutica desde la que se abordan estas patologías va a depender de la posición teórica de los profesionales que trabajan en este ámbito, aunque desde nuestra postura las distintas concepciones teóricas y los diferentes métodos de abordaje terapéutico no tienen por qué ser excluyentes, pudiendo por el contrario ser en muchos casos complementarios, dependiendo en gran medida del período evolutivo en el que se utilicen.

Consideramos que la psicosis es un problema multifactorial, donde influyen o pueden hacerlo alteraciones biológicas de diferente índole, pero también factores psicopatológicos. En nuestro trabajo nos centramos en los aspectos emocionales, que supone conocer y comprender la vida psíquica de cada niño, aunque como hemos dicho podemos coordinarnos con profesionales que parten de otra concepción (como los de educación), buscando espacios comunes de comprensión y de integración de nuestros quehaceres.

Desde el punto de vista biológico se postulan varias hipótesis, con posible origen multifactorial, desde alteraciones genéticas, metabólicas o influencias víricas, que pueden alterar el desarrollo y la estructura del Sistema Nervioso Central, provocando alteraciones en los neurotransmisores o alteraciones en la conexión de los diferentes lóbulos o sistemas cerebrales. Estudios de

neurobiología demuestran que el cerebro del recién nacido no está terminado del todo; trae un potencial genéticamente determinado, pero cuyo acabado final va a estar íntimamente influenciado por los procesos de interacción del bebé con su entorno. Para varios neurólogos, efectivamente, la definitiva conjugación de la estructura cerebral se termina con los intercambios del bebé con el entorno; se apunta la teoría de que muchas sinapsis cerebrales tienden a desaparecer si no son activadas y estabilizadas a través de la relación con el entorno.

Desde esta perspectiva, dentro del campo psiquiátrico y psicoanalítico se plantea la posibilidad de que interacciones desfavorables provoquen alteraciones neurobiológicas, causando trastornos precoces (R. Dratkine).

Sin destacar la importancia de las otras aportaciones, y partiendo de que todas ellas pueden estar interviniendo (bien de forma multicasual en un mismo cuadro, bien de forma aislada en diferentes cuadros), existe en todos los casos una alteración de las interacciones precoces, provocando la aparición de mecanismos mentales defensivos que conllevan una alteración importante de la relación del niño con su entorno, influyendo asimismo (a veces de forma determinante, a veces coadyuvando a otras causas orgánicas) en la estructuración mental del niño y en sus capacidades tanto intelectuales como afectivas.

En las psicosis partimos de que el niño ha vivido experiencias dolorosas o que no ha podido integrar (3), creando una serie de mecanismos de defensa, de funcionamiento muy rígido, que tienden a repetir en la relación con el otro, creando círculos viciosos difíciles de romper. Esto implica, como apuntaba el Dr. Ferrán (último Congreso de SEPYPNA, Lérida 1997), que todo niño

psicótico es portador de una vida psíquica propia y capaz de organizar una vida relacional con el entorno por muy deteriorado que esté.

En el trabajo concreto nos basamos en la hipótesis que hacemos para explicarnos el funcionamiento mental de estos niños y adolescentes y no tanto en el origen de la disfunción; la relación con el mundo exterior que establecen nos permite apreciar formas diferentes de la psicosis. Efectivamente, dependiendo de los mecanismos psíquicos de defensa se va a configurar una forma u otra clínica, destacando las formas: autista, simbiótica, desintegrativa y deficitaria, pudiendo aparecer las diferentes formas en un mismo caso a lo largo del tratamiento (4, 5).

#### *La psicoterapia institucional: el Hospital de Día*

Dentro de los diferentes abordajes terapéuticos (Reeducación pedagógica, Psicoterapia, Medicación...) y acordes con la concepción donde nos hemos posicionado, la estructura organizativa idónea es el Hospital de Día a tiempo parcial o Centro de Terapia Intensiva.

Este dispositivo permite: a) un abordaje grupal, pudiendo o no ir acompañado de otras actuaciones terapéuticas (fármacos, estimulación precoz, psicoterapia individual...). Este aspecto entre otras cosas es esencial al posibilitar diluir entre los diferentes monitores las exigencias y la agresión de estos niños así como otros aspectos que la relación con ellos conlleva. b) La inclusión de los padres en el proceso terapéutico. c) Desarrollar el trabajo en dispositivos abiertos lo que favorece el mantenimiento del niño en su medio familiar social y escolar.

En la medida de lo posible, la mayoría de estos niños pueden ser aceptados en sus colegios correspondientes debiendo pues establecer estructuras clínicas intermedias que permitan esta integración.

Este funcionamiento hace necesario el apoyo en la comunidad, estableciendo un trabajo coordinado especialmente con el nivel educativo y para los niños pequeños con los dispositivos de Atención Precoz (para los niños que presentan una psicopatología que apunta hacia un cuadro psicótico, es imprescindible una estructura diferente que tenga en cuenta estos aspectos emocionales alterados, a diferencia de los niños con una discapacidad, donde el abordaje es en Atención Precoz incluyendo evidentemente aspectos psíquicos y emocionales pero de otra índole).

Este modelo que defendemos, también posibilita salir de marcos cerrados (en algunos casos centros hospitalarios y colegios de Educación Especial) donde se puedan perpetuar las formas de interacción entre las personas que estos niños tienden a repetir.

Para ello es importante diferenciar y especificar los lugares de atención, evitando confusiones entre el nivel educativo y clínico, que deben estar coordinados y no funcionando en redes paralelas

#### Organización

Planteamos el Centro de terapia intensiva dentro de la organización del Equipo de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil dado su carácter de centro a tiempo parcial.

Esta concepción permite por parte del Equipo seguir desarrollando otras tareas asistenciales y comunitarias, y sobre todo, por otra parte, que los niños puedan estar integrados en los centros escolares correspondientes.

Nuestra actuación pues, es meramente clínica, dejando el aspecto pedagógico en manos de los colegios.

El personal dedicado a esta actividad es parte del propio Equipo: a) Los dos Auxiliares de Clínica y el Enfermero actuando como educadores (monitores) a tiempo total del funcionamiento de las Unidades de Terapia. b) Una de las psicólogas del Equipo actuando fundamentalmente como Psicomotricista, con intervención a tiempo parcial (en relación al tiempo de funcionamiento de los grupos). c) Y la Psiquiatra ejerciendo como Coordinadora del Hospital de Día y como psicoterapeuta participando también a tiempo parcial. d) Una Logopeda, a tiempo parcial, contratada por la Asociación de Familiares y Amigos de Niños y Jóvenes con problemas de Salud Mental, con la cual se ha firmado un acuerdo de colaboración.

El número de niños admitidos está en función de este personal, ya que esta organización nos obliga a establecer un *ratio* de un cuidador (único personal permanente en los grupos) por cada tres niños.

En la actualidad contamos con 30 niños en tratamiento y en relación a la edad se han establecido tres grupos: 1) La *Unidad de Terapia I* cuenta en la actualidad con 5 niñas y un niño con una edad entre los 3 y los 5 años. 2) La *Unidad de Terapia II* cuenta con un total de 4 niñas y 5 niños de edades comprendidas entre los 7 y los 10 años. Debido a que éste es el grupo más numeroso, hemos podido crear otra Unidad, ubicada en Tomelloso, gracias al acuerdo de cooperación firmado con otra Asociación (AFAS), que cuenta con un total de 7 niños. 3) En la *Unidad de Terapia III*, hay en la actualidad 4 chicas y 4 chicos, oscilando entre los 10 y los 15 años de edad.

En relación al tiempo, la Unidad de

Terapia I, la de los niños más pequeños, funciona durante tres días a la semana, permaneciendo los niños en la Unidad dos horas; el resto de los grupos vienen dos días a la semana, con un tiempo de permanencia similar, amoldando los horarios para favorecer la integración escolar.

Además de la actividad directa con los niños, semanalmente se realizan grupos de padres (en realidad, prácticamente de madres), y periódicamente contactos con los colegios

También el personal implicado cuenta permanentemente después de cada grupo con un tiempo de reunión donde poder elaborar el material de cada día, así como elaborar ansiedades y dificultades que van surgiendo.

#### Actividades

El espacio físico donde se desarrolla la actividad consta de tres salas y un pequeño patio, pudiendo estar cada cuidador con algunos niños en una de ellas, teniendo diferente material dentro, ubicado en la mayor parte de los casos en diferentes espacios (cuentos, construcciones, puzzles...).

En todo momento se intenta fomentar y estar atentos al mundo interior del niño, expresado en el juego, por sus actitudes y en ocasiones verbalmente; por ello las actividades tienden a ser libres en el espacio común, evitando intrusiones excesivas por parte del adulto; pero hemos visto la importancia de ofertarles actividades programadas, no tanto por su labor pedagógica sino por el control y la estructuración del caos en el que el grupo se puede convertir.

Las actividades que los monitores proponen a los niños realizar son las siguientes:

– Actividades con plastilina, arcilla, *puzzles* y construcciones, favoreciendo la

## DEBATES E INFORMES

motricidad fina y gruesa, atención y concentración, la coordinación...

– Actividades de pintura, barro, favoreciendo la sublimación de tendencias más agresivas y desorganizadas, estimulando la creatividad y la simbolización.

– Actividades de juego propiamente dichas, con muñecas, casitas, coches..., para la actividad simbólica y la vehiculación del deseo del niño.

Y fundamentalmente, a medida que los niños van adquiriendo el lenguaje, espacios de comunicación de sus experiencias, emociones y vivencias a través de la palabra.

Con los niños más pequeños la relación es muy diferente, siendo más de una actividad corporal cuando el niño te deja acercarte, de estimulación con canciones, caricias..., de calmarle en su intensa angustia, de interesarle en otros objetos y en personas fuera de su mundo psicótico y desorganizado..., de acompañarle.

La psicomotricidad y actividades logopédicas también están presentes, la primera estructurada como una actividad más, la logopedia con una aportación grupal, teniendo en cuenta no sólo el lenguaje expresivo sino también el comprensivo y la organización del pensamiento, además de intervenciones individuales. El que la logopedia trabaje dentro del equipo y del grupo nos parece esencial, al permitir una concepción integrada que enriquece a todos los profesionales, si no se podría convertir en una práctica aislada y mecánica, desconectada en muchos casos de las vivencias emocionales de los niños.

### Acción terapéutica

#### 1. Con los niños.

La acción terapéutica se centra «en la posibilidad de establecer con el niño una

relación que ofrezca garantías suficientes de estimulación y continuidad» (6).

La base fundamental es establecer de forma no intrusiva (7) una relación privilegiada con el niño, respetando sus defensas psicóticas pero haciendo una aproximación paulatina para que éstas puedan ir modificándose. Una vez establecido este vínculo, el niño irá viviendo las fases del desarrollo emocional, inicialmente con una fase simbiótica muy intensa, para posteriormente ir separándose y pudiendo manejarse con defensas más amoldadas a la realidad, con mayor capacidad de frustración y con la aparición del deseo, motor importante del desarrollo mental.

Efectivamente desde el primer momento se intenta fomentar la relación privilegiada con uno de los cuidadores, contrarrestando las actitudes negativas del entorno, que en parte estos niños por su funcionamiento psíquico han provocado.

En el niño psicótico existe una estructura psíquica muy cerrada, en la que predominan mecanismos proyectivos (evitando intensas angustias de persecución y sentimientos de agresión), estando bloqueados los procesos de identificación e introyección, forma de evitar el proceso de representación y pensamiento (6).

En el funcionamiento más autista, se describe un repliegue hacia el objeto interno idealizado (4), lo que conlleva una pobreza y simplificación del mundo interno y externo; sería una fuerte defensa frente a vivencias intensas depresivas provocadas por la percepción del Otro (la madre) como objeto externo y separado, vivencia que es asemejada a «un hueco negro interno», lo que provoca pánico y desesperación (es impresionante al trabajar con niños autistas la cara y la actitud de tristeza intensa que en ocasiones manifiestan, lo que de nuevo

les hace replegarse en su mundo interno, así como crisis de gran agitación, lo que para nosotros indica su desesperación).

Por otra parte, en los niños más pequeños que tenemos en tratamiento, en los cuales los mecanismos psicóticos son más claros, el «Yo» no ha llegado a alcanzar su integridad, tendiendo a romperse, a fragmentarse en situaciones de tensión, incluso en los más evolucionados, por su gran fragilidad (8).

Es importante pues actuar como «contenidos» de estos elementos psíquicos intolerables, darles un sentido para que el niño pueda asimilarlos y admitirlos.

A través de la relación continuada y novedosa con el Otro se logra una apertura y una aproximación, disminuyendo las defensas rígidas (manifestadas a veces como estereotipos, actitud hiperquinética, repeticiones exhaustivas o control rígido de acontecimientos, además del aislamiento y el refugio en objetos autistas).

Se establece así un período donde el niño tiende a la relación dual con el adulto). Esto conlleva una fuerte ambivalencia tiránica y todopoderosa, apareciendo manifestaciones agresivas pero más diferenciadas y relacionales que antes, que pueden manifestarse inicialmente en forma autoagresiva (6). Posteriormente la ambivalencia se polariza entre personas de elección (buenas y malas), sustituyendo esta escisión a los mecanismos de fragmentación y de vivencias catastróficas. Comienzan experiencias de incorporación e identificación con la monitora/or, habiendo interacciones marcadas.

Pero en este período no podemos obviar la gran vulnerabilidad de estos niños (con importantes angustias depresivas), que tienen regresiones importantes; el contexto también presenta dificultades inevitables, causantes de ansiedad, como el tener que

compartir al adulto con otros niños, el espacio reducido, las vacaciones... Especialmente les afecta el tener que aceptar a un tercero, así como observar relaciones armoniosas de otras personas (9), lo cual marca continuamente la dinámica del grupo.

A través de estos avances y retrocesos, el niño llega por lo general a un trastorno de la personalidad (observándose intensas defensas narcisistas), debiendo la cuidadora/or matizarle las imágenes grandiosas, devolviéndole una imagen más real y accesible, acompañándole en su trayecto. Además, los grupos también cambian con las altas y entradas de nuevos niños, con la consiguiente repercusión en los que se quedan.

## 2. Trabajo con las familias

La relación entre el niño con trastornos mentales graves y su familia suele estar muy alterada; la propia gravedad del niño desilusiona, deprime, desorganiza (10), creando círculos viciosos de relación perniciosos por ambas partes y en muchos casos perpetuando la situación.

Trabajamos con reuniones semanales de carácter en parte informativo, donde se van abordando las dificultades, progresos, ansiedades, dudas, etc., que plantea la relación con estos niños en el ámbito familiar.

Desde el primer momento aparece la desesperanza, la angustia, pero también los profundos sentimientos ambivalentes hacia los hijos, las dudas, la rabia, lo cual motiva una intensa culpa a su vez.

También se establece una relación prolongada con los padres (a través fundamentalmente de la madre, que es la que suele acudir a la consulta), donde se pueden admitir esos sentimientos ambivalentes,

## DEBATES E INFORMES

pero a la vez aportar un sentido al comportamiento del niño en la interacción con ellos y con el entorno, lo que ayuda a romper círculos viciosos de relación.

Este proceso favorece el restablecimiento narcisista de los padres (al deshacer el círculo de duda, rabia y culpa en el que se manejan).

A la vez, y a medida que avanza el grupo, aparece el gran dolor por la pérdida del hijo ideal, siendo esencial que puedan elaborar el duelo que eso supone aceptando al hijo real, proceso largo y complicado con múltiples recaídas a medida que el niño crece.

En entrevistas individuales, por lo general a petición de ellos, se abordan conflictos puntuales que prefieren no comunicar en grupo.

### 3. Coordinación y articulación con el nivel educativo

Planteamos desde el primer momento (1) que en la medida de lo posible los niños en tratamiento en las Unidades de Terapia estén integrados en la red escolar correspondiente.

Con esto queremos marcar el carácter parcial del Centro de Día, amoldándonos también a los medios disponibles (lo cual imposibilita el funcionamiento a tiempo total).

El problema surge en el momento de decidir el tipo de colegio donde cada niño ha de ir, si a los de Educación Especial de la zona o al colegio ordinario que le corresponda de su barrio, teniendo en cuenta que colegios de integración ya no existen como tales.

La realidad actual de los colegios en nuestro Área (generalizable a la mayor parte del territorio español), se nos vuelve a imponer, teniendo que amoldarse a esta

realidad, aunque abriendo un amplio debate entre las personas implicadas (personal de educación, personal clínico y padres) que favorezca la búsqueda de los recursos más idóneos.

Posiblemente no exista una solución única e ideal, debiendo personalizar en cada caso el tipo de recurso más idóneo a utilizar.

La escolarización en los centros ordinarios sí puede favorecer una negación por parte de los padres de las dificultades reales del niño, llevándoles a una normalización tranquilizadora (9); sin embargo, en nuestra experiencia las dificultades que toda integración escolar conlleva les hace afrontar tarde o temprano la realidad.

De cara a la escolaridad hay que tener en cuenta que:

– Cuando acceden a las clases propiamente dichas, su gran vulnerabilidad les hace difícil el que surja el interés por el aprendizaje, debiendo pasar un período importante y establecer previamente un vínculo fuerte con la maestra/o.

Según nuestra experiencia, esta situación es poco entendida a nivel escolar, siendo muy importante la relación permanente de nuestro equipo con los maestros y con los profesionales del MEC, frenando la ansiedad que esta situación genera, ayudando a buscar soluciones que en principio no suelen ser de tipo pedagógico.

La gran movilidad de los maestros de apoyo de un año a otro, así como la obligatoriedad de estar la mayor parte del tiempo en el aula ordinaria por falta de otros dispositivos, dificulta esta integración, situación por ahora difícil de solucionar.

– La integración en los colegios ordinarios favorece y permite el acceso a identificaciones más apropiadas, pero cuando los niños van teniendo una evolución favorable

se corre el peligro de que este entorno normalizado provoque la aparición de defensas (11) como el «yo grandioso» o regresiones importantes para negar el aumento de la herida narcisista que determinadas experiencias pueden agravar, en ocasiones hasta desestructuraciones más evidentes, confundidas con alteraciones de conducta muy rechazadas en la escuela.

Esta situación necesaria de entender, según nuestra experiencia en el grupo de niños, es esencial de transmitir en el ámbito escolar, debiendo tener un lugar de encuentro permanente entre ambas estructuras (12).

### Conclusión

Dentro de las opciones de tratamiento clínico para el abordaje de las patologías mentales severas en la infancia, el Hospital de Día o Centro de Terapia Intensiva, forma de Psicoterapia Institucional, nos parece lo más apropiado, debiendo crearse este espacio dentro del funcionamiento de los dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil coordinados con los recursos de Educación y Bienestar Social, con un trabajo integrado entre las estancias, ya que el aporte profesional a nuestro entender es diferente.

En el Centro de Terapia Intensiva, siendo característico y específico este funcionamiento a lo largo de la relación privilegiada que el adulto establece con estos niños se posibilita:

- Contener ansiedades.
- Buscar significantes, darle un sentido a sus actitudes y a sus manifestaciones.
- Ayudarles a estructurar un orden diferencial en su esquema psíquico, donde tenga cabida el orden simbólico y puedan asumir las diferencias.

– Posibilitar nuevas defensas más amoldadas a la realidad, posibilitar nuevas identificaciones.

– Ayudar a elaborar la herida narcisista, aumentada en muchos casos por la vivencia escolar (en cuanto realidad).

En definitiva, se trata de ayudar al niño a tener una identidad propia en la confusión importante en la que se encuentra: ofertarle un lugar, una relación creativa que permita contener y poner en orden su existencia y ayudarle a enfrentarse a las crisis inevitables de la vida.

### BIBLIOGRAFÍA

- (1) JIMÉNEZ, A. M., y otros, «Patología grave en la infancia. Experiencia de un abordaje clínico en un área sanitaria», *Documentos de Psiquiatría Comunitaria*, 1994, 1, Vol. 2, 6, pp. 51-74.
- (2) JIMÉNEZ, A. M., y otros, «Estructuras intermedias: una experiencia concreta con niños graves», *Rev. Psiquiatría Infanto-juvenil*, 1996, 1, pp. 38-46.
- (3) WINNICOTT, D. W., «Desarrollo emocional primitivo», en *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*, Barcelona, Laia, 1979.
- (4) MAZANO, J.; PALACIO-ESPASA, F., *Estudio sobre la Psicosis Infantil*, Científico-Médica, 1987.
- (5) LASA, A., *Ideas actuales sobre Psicosis infantil*, Bilbao, Diputación Foral Vizcaya, 1989.
- (6) BURNAND, S.; MANZANO, J.; PALACIO-ESPASA, F., «La acción terapéutica de los Centros de Día», en *Las Terapias en Psiquiatría Infantil y en Psicopedagogía*, Paidós, 1993.
- (7) WINNICOTT, D. W., «Las Psicosis y el Cuidado de Niños», en *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*, Barcelona, Laia, 1979.
- (8) RESNIK, S., *La experiencia psicótica*, Tecnipublicaciones, 1988.
- (9) HOCHMANN, J., «El Autismo Infantil: ¿déficit o defensa?», en *Autismo: Cuidados, educación y tratamiento*, Barcelona, Masson, 1992.

DEBATES E INFORMES

(10) LEBOVICI, S., «Autismo y Psicosis del niño: a propósito de su tratamiento», en *Autismo: Cuidados, educación y tratamiento*, Barcelona, Masson, 1992.

(11) MISÈS, R., *Las patologías Límites de la Infancia*, Alas, 1992.

(12) MISÈS-HOSHMAN, «L'orientation des institutions de soins psychiatriques pour les enfants et les adolescents en France», 1992, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1992, 40, 5-6.

\* Ana María Jiménez Pascual, Psiquiatra, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

*Correspondencia:* Ana María Jiménez, C/ Alto de Soria, 13, 13600 Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

\*\* Fecha de recepción: 16-II-1998.