

**L. Martín Recuero<sup>1</sup>**  
**A. Rodríguez Palmero<sup>2</sup>**  
**F.J. Pino Calderón<sup>3</sup>**  
**O. Oviedo de Lucas<sup>4</sup>**  
**JR. Gutiérrez Casares<sup>5</sup>**

## Peculiaridades de la evaluación en Psiquiatría Infanto-Juvenil

### *Peculiarities of the evaluation in Infanto-juvenile Psychiatry*

1. Psiquiatra Adjunto. Unidad de Salud Mental de Navalmoral de la Mata (Cáceres).
2. Psicólogo Clínico. Hospital Universitario de La Laguna (Tenerife).
3. Residente de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.
4. Residente de Psicología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.
5. Jefe del Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

#### **Correspondencia:**

Luis Martín Recuero  
Urb. "Los Rosales" Portal 3 Puerta 15. Cáceres.  
C.P. 10004  
**E-mail:** luispsq@yahoo.es

#### **RESUMEN**

Para poder llegar a formular un juicio clínico, deberemos recorrer un camino, establecer un procedimiento diagnóstico, y elaborar la información que nos llega, ordenarla y concretarla en un "dossier" que contenga todos los documentos, estudios e informes que se refieren al niño y a sus problemas.

Los objetivos del diagnóstico psicopatológico infantil son varios. Si hubiera que resumirlos en uno solo y de manera clara sería "conocer para intervenir" o lo que es lo mismo, evaluar para tratar. Todos los demás son secundarios a este primero.

El proceso diagnóstico debe tener un principio, unos pasos intermedios y un final. Todo ello de manera secuencial y teniendo en cuenta una serie de peculiaridades y características diferenciales del menor. Sólo entenderemos los problemas y dificultades que presenta el niño si no nos olvidamos del sentido cambiante, dinámico y evolutivo de la personalidad infantil.

**Palabras clave:** psicopatología infantil, evaluación, proceso diagnóstico, sentido evolutivo.

#### **ABSTRACT**

To be able to manage to formulate a clinical judgment, we will have to cross a way, establish a diagnostic procedure, and elaborate the information that comes to us, arrange it and make concrete it in a "dossier" that contains all the documents, studies and reports that refer to the child and your problems.

The aims of the psychopathological child diagnosis are different. If it was necessary to summarize them in the alone one and in a clear way it would be "to know to intervene" or what is the same thing, to evaluate to treat. All the rest are secondary to first this one.

The diagnostic process must have a beginning, a few intermediate steps and an end. All this in a sequential way and having in count a series of peculiarities and differential characteristics of the minor. Only we will understand the problems and difficulties that the child presents if we do not forget the change able, dynamical and evolutionary sense of the child personality.

**Key words:** child psychopathology, evaluation, diagnostic process, evolutionary sense.

150

Las diferencias a la hora de trabajar con menores y adultos son fundamentales. En este artículo intentamos transmitir algunas de estas peculiaridades, entendiendo en todo momento que el proceso de evaluación está inmerso dentro de todo el proceso terapéutico y cualquier evaluación, sea entendida como entrevista o bien como la aplicación de un determinado test, a de ser valorada desde este punto de vista.

Diferenciar evaluación de terapia, sobre todo si es el mismo profesional el que la realiza, no a de ser más que un modo de nombrar dos aspectos de nuestro trabajo no dos modos diferentes de trabajar ya que si olvidamos esto podemos hacer que las posteriores acciones propiamente terapéuticas no sirvan para nada. Esto no es un hecho diferencial en la evaluación infanto-juvenil pero aquí deberemos tenerlo más en cuenta si cabe.

Nos gustaría empezar destacando seis **diferencias fundamentales**:

1. En primer lugar, el hecho de que generalmente, aunque hay contadas excepciones, ni el niño ni el adolescente van de un modo autónomo al clínico, son los padres o bien los educadores los que aprecian un problema en el comportamiento del niño el cual puede que ni siquiera conozca el motivo de la consulta. Generalmente piensan que se les va a reñir o a hacer daño ya que, al igual que los padres, acuden a nosotros bajo una visión médica de nuestro trabajo. Trabajar en primer lugar este aspecto es fundamental, de no ser así, nos va a resultar mucho más difícil adoptar una posición que permita realizar un cambio.
2. Por otro lado y sobre todo en los más pequeños, nuestros principales informadores serán los adultos responsables del menor. Aunque en las evaluaciones o entrevistas con los adultos podamos trabajar con diferentes miembros de la familia, en el caso de los niños y adolescentes, la presencia de éstos será inevitable en la mayoría de las ocasiones.
3. A la hora de realizar una evaluación psicológica, nos encontraremos con una dificultad añadida que es la posible falta de respuesta a nuestras preguntas por lo que tendremos que utilizar formas más cercanas de obtener información como puede ser el dibujo o el juego.
4. Apuntar que, la situación de un adulto afable que escucha durante un periodo ininterrumpido de atención, puede ser totalmente novedosa para el niño.
5. A menor edad mayor influencia van a tener distintas

variables: marco de la entrevista, mayor facilidad de distracción...

6. La visión del problema por parte del adulto será fundamental a la hora de evaluar el mismo, por ejemplo, en un niño que presenta angustia por que va a ser intervenido quirúrgicamente y cuya madre cada vez que surge el tema se echa a llorar, será muy difícil disminuir dicha angustia si antes no lo conseguimos en la madre.

Los *objetivos del diagnóstico psicopatológico infantil* son varios. Si hubiera que resumirlos en uno solo y de una manera clara sería: conocer para intervenir, o lo que es lo mismo evaluar para tratar o diagnosticar para curar. Todos los demás son secundarios a este primero, los cuales podemos resumirlos de la siguiente manera:

- a) Conocer, hasta donde sea posible, las causas y factores que intervienen en el origen, desarrollo y configuración del problema que nos ocupa.
- b) Identificar cuanto antes la estructura o estructuras psicopatológicas que subyacen por debajo del problema. Si se trata de un síntoma, un síndrome o una enfermedad o trastorno específico, tendremos que darle un nombre que sea reconocible por otros profesionales.
- c) Informarnos sobre el desarrollo psicobiológico y social del niño hasta el momento en que lo conocemos y en qué medida el problema le ha afectado o le puede afectar en el futuro. Tenemos que insertar su problema en su biografía. Solamente podremos entender sus dificultades y lo que le pasa si no nos olvidamos del sentido evolutivo y cambiante de la personalidad infantil y su devenir existencial.
- d) Preparar el camino para que sea posible la intervención. La formulación del juicio clínico debe poseer también, junto a la expresión de nuestra opinión, una propuesta de tratamiento.

Es muy difícil delimitar las fronteras entre lo normal y lo patológico. Las funciones psíquicas básicas son las afectivas, las cognitivas, las comunicativas y las psicomotoras y a partir de estas funciones se organiza la personalidad de manera unitaria. En toda esta dinámica, el desarrollo progresivo y madurativo de las funciones sufre inestabilidades, desequilibrios, desajustes y desorganizaciones, pero siempre desde la base inicial de funciones psíquicas normales, necesarias para vivir. La relación entre *lo Normal* y *lo Patológico* es “de ida y vuelta”. Lo normal ejerce una función de matriz, de “proveedora”. Existe un “continuum” permanente, una relación de continuidad en el contenido de las funciones psíquicas que se alteran. Toda estructura psíquica que se trastorna, tiene

sus raíces en el funcionamiento psicológico normal del niño.

Entendemos por **problema psicopatológico infantil**, cualquier comportamiento que hace sufrir al niño y a su entorno y que limite sus posibilidades de realización personal, actuales o futuras. La psicopatología clínica infantil se interesa por estos problemas, ya sean menores o mayores. Los **problemas psicopatológicos menores**, también llamados comunes, se dan con mucha frecuencia en la infancia. Aparecen y desaparecen, a veces se les llama fisiológicos, como ocurre con la tartamudez fisiológica de los dos años y medio, porque es pasajera. Rara vez son el principio de una patología mayor, aunque a veces pueden permanecer durante años y preocupar a los familiares al disturbar la paz familiar, sobre todo si son disruptivos y externalizantes, como las rabietas y el oposicionismo.

La clave común a la mayoría de los problemas menores o comunes es el ser producto de un mal aprendizaje, de un hábito, a través del cual se liberan tensiones o ansiedades. En ciertas ocasiones son expresión de una discreta inmadurez psicobiológica, pasajera y sin consecuencias. Algunas veces estos comportamientos se acompañan de síntomas como la intranquilidad, los problemas de sueño, miedos, timidez, pequeñas mentiras y quejas somáticas.

En el cuadro 1 relacionamos algunos de estos síntomas comunes, propios de una psicopatología menor.

Los **problemas psicopatológicos mayores** tienen un sello patológico específico, un indudable valor clínico, y necesitan una ayuda especializada. Los comportamientos propios de la patología psíquica mayor son los siguientes: retraimiento, tristeza observable, apatía, conducta de duelo; agresión, destrucción; hurtos; mentiras crónicas y crueldad intencionada o impulsividad manifiesta; graves dificultades en el aprendizaje escolar o en su adaptación a la escuela; problemas en la comunicación lingüística como la tartamudez, la disartria y la disfasia; graves dificultades o ausencia en la comunicación vital como el comportamiento autístico; conductas bizarras y desorganizadas; hiperkinesia, inquietud exagerada; ideas obsesivas y rituales compulsivos o fóbicos; conductas ansiosas observables; alteraciones de la esfera sexual (onanismo compulsivo, exhibicionismo sexual, abusos sexuales con otros niños,...); anorexia nerviosa.

En el cuadro 2 resumimos algunos de los diagnósticos propios de una psicopatología mayor, ordenados cronológicamente, según la frecuencia de presentación por edades.

Existen una serie de **pautas y recomendaciones generales** del proceso de evaluación y del proceso tera-

**Cuadro 1.** Problemas psicopatológicos menores o comunes

---

Primer año.	Chuparse el dedo, <b>mantenimiento del uso del chupete</b> , problemas de sueño y cólicos.
1-4 años.	Negativismo, oposicionismo, tartamudeo fisiológico, retardo fisiológico en el habla, problemas de sueño, terrores nocturnos, chuparse el dedo, rabietas, problemas de limpieza, aislamientos no graves, miedos.
4-6 años.	Mentiras, oposición a las normas, confabulaciones, ilusiones perceptivas, intento de imponer su autoridad, <b>enuresis-encopresis</b> , peleas, demanda de atención, desobediencia, miedos, <b>celos</b> , timidez, lloriqueo.
6-11 años.	Problemas de comportamiento, oposición, timidez, agresividad, <b>dificultades con las normas escolares, dificultades de atención.</b>
+11 años.	Persisten y aumentan los problemas de conducta y comportamiento: hurtos, problemas de independencia, pequeñas rebeliones, <b>problemas en torno a la sexualidad (masturbación).</b>

---

péutico en general que serán importantes tener en cuenta para evitar errores de actuación:

- No debemos decir al niño lo que debe o no debe hacer ni emitir juicios de valor, esto es una función de los responsables del menor o del adolescente.
- Los accesos de rabia o de destrucción no son curativos y debemos de marcar los límites en la medida de nuestras posibilidades.
- Hay que tratar de evitar los largos silencios ya que, sobre todo con los adolescentes, pueden ser mal interpretados. Si no responden a nuestras preguntas deberemos cambiar de táctica, empleando juegos, dibujos, etc... Generalmente el juego suele ser más útil entre los cero y los 7-8 años, el dibujo desde los 4 hasta los 10, el lenguaje gestual y táctil entre los cero y 5 años y, generalmente a partir de los 8 años, la palabra es un buen método.
- Los dibujos u otros detalles que tengan con nosotros, los debemos aceptar y guardar en un lugar seguro ya que es muy probable que hagan mención a ellos en algún otro momento y a no ser que tengamos espacio suficiente para colocarlos todos es mejor no ponerlos ya que algunos se pueden sentir discriminados.
- Es sabido que los niños, en particular, son muy sensi-

152 Cuadro 2. Problemas psicopatológicos mayores

Edad	Psicopatología
0-2 años	Autismo Estructuras deficitarias Síndromes por privación Trastornos del sueño Trastornos digestivos
2-5 años	Psicosis desintegrativa Trastornos del lenguaje Trastornos esfinterianos Negativismo y aislamiento Miedos Estructuras deficitarias Angustia por separación
6-11 años	Trastornos específicos de aprendizaje Fobia escolar Mutismo Tics Toc Ansiedad generalizada
11-15 años	Trastornos de la alimentación, anorexia nerviosa Trastornos de la sexualidad Trastornos de la conducta disocial Depresiones Síntomas de conversión Esquizofrenia

bles a la entonación por lo que habrá que hablarles de un modo natural, sin realizar interpretaciones directas ni precipitadas y dejando libertad y tiempo para expresarse libremente.

- Si existen juguetes por la consulta, hacer hincapié en que no deben ser sacados ni llevados de allí pues en la siguiente ocasión no tendrán con que jugar y que los juguetes también son para otros niños.
- Por último, se recomienda avisar sobre el tiempo que resta de consulta, sobre todo cuando el niño comienza a mostrarse inquieto y demandante.

Dentro del proceso diagnóstico, en primer lugar, tendremos que elaborar y preparar el camino a través del primer acercamiento al niño y a su familia. De la actitud reflejada en este, dependerá en gran parte el resto del proceso así como su eficacia. Por tanto, habrá que mantener una **actitud adecuada en el primer contacto** con el menor. En cualquier situación, en este primer contacto, el

profesional tendrá que buscar y encontrar la onda en la que emite el pequeño y entrar en su vía de comunicación. Tiene que intuir cuál es su camino. Para ello tendrá que “meterse momentáneamente en su pellejo”.

Para presentarse es bueno que, por ejemplo, bajemos a la altura de los ojos del menor, arrodillándose o agachándose si es necesario, utilizando un lenguaje afable, preguntando por su nombre y edad. Preguntarle por qué cree que ha venido, es fundamental, y habrá que trabajar este aspecto si es necesario. Es bueno generalmente aclarar, sobre todo a los adolescentes, que lo que allí se hable es confidencial, salvo que algo este poniendo en peligro su integridad física o la de otros. Es necesario preguntar también acerca de las relaciones con los iguales tanto en el colegio como en el barrio donde vive, esta información nos orientará en gran medida sobre su grado de adaptación social y en algunos casos encontraremos aquí la clave del problema que se nos presenta (por ejemplo en el caso de los niños con hiperactividad encontraremos que frecuentemente tienen dificultades para establecer relaciones con los iguales y que son rechazados por estos). Preguntarle acerca de qué es lo que más le gusta del colegio, cuál es su asignatura preferida, cual es su juego preferido, con quién juega, el nombre de su profesor/ profesores... Preguntarle por su familia, quién vive en casa con él, con quién se lleva mejor, cómo duerme, comida preferida, si tiene habitación propia o duerme acompañado... Todas estas preguntas, aunque quizá no nos den información directa sobre el problema a evaluar, si que nos hablan de aspectos generales del menor que nos serán de gran utilidad para posibles intervenciones.

Durante la primera entrevista es bueno que también este presente el cuidador principal o el acompañante, tanto por el hecho de que puede ser nuestro principal informador como por tratarse de una situación privilegiada de interacción en la que podemos observar aspectos valiosos como por ejemplo las estrategias de control que utiliza el adulto cuando el menor hace algo que a este no le gusta. Debemos prestar especial atención al grado de crítica, la hostilidad y la afectividad expresadas, así como a las expresiones faciales y a los gestos. En la medida de lo posible, lo ideal será poder ver tanto al padre como a la madre. Se requieren al menos quince minutos de conversación no estructurada para poder obtener una muestra adecuada de comportamiento.

No es bueno tener el despacho lleno de objetos que puedan distraer. El lugar debe tener los elementos imprescindibles.

La **entrevista** es el principal método de evaluación tanto en menores como en adultos. Es muy difícil que una prueba psicométrica nos sorprenda con algún dato revelador si antes hemos realizado una buena entrevista. El tipo de preguntas que se presentan a continuación son complemento y no excluyen a lo que se conoce habitualmente como historia clínica. Van dirigidas a la solución del problema que se nos presenta en un periodo de tiempo breve; pretende ser un guión sobre el que basar nuestra recogida de información, nuestra primera evaluación o valoración del problema para luego, y en base a lo que aquí obtengamos, aplicar pruebas complementarias que nos ayuden en el proceso terapéutico, como puede ser la valoración del coeficiente intelectual (C.I.) o bien la aplicación de algún otro tipo de escala. El objetivo primordial será recoger la información necesaria sobre los factores que consideramos esenciales para cada caso, de manera clara y explícita.

Con la pregunta *¿qué problema le trae aquí?*, nos estamos refiriendo al problema actual, tratando de centrarnos en el presente del mismo. Aunque necesitemos saber ciertas cosas de la historia, en muchas ocasiones ésta no tiene por que ser necesaria para su solución. Quizá lo más importante sea conocer los intentos anteriores de mejora, las expectativas del sujeto, y el tiempo que lleva presentándose ese problema.

En cuanto a *¿para quién y cómo constituye esa conducta un problema?*, *¿en qué medida y/o forma?*, es importante indagar en este asunto porque en muchas ocasiones el problema que se nos presenta no tiene por que serlo para todos los adultos responsables ni mucho menos para el propio menor, sobre todo en el caso de adolescentes. Además, la queja que presenta una persona puede no serlo para otra o se presenta de un modo demasiado abstracto como para que podamos trabajar sobre ello. Por ejemplo, el mal comportamiento de un niño puede ser objeto de preocupación para la madre, sin embargo el padre puede entenderlo como algo normal dentro de su desarrollo. Esta diferencia de opiniones puede hacer que el menor se apoye en uno de los progenitores una vez realizada la conducta y que con ello el problema persista.

El saber *¿por qué acude en ese momento?*, nos habla del nivel en el que se encuentra el problema y del grado de preocupación por parte de los responsables del niño. Así, no será lo mismo que aprovechen unas vacaciones para traerle a la consulta, que el hecho de que la madre haya tenido que dejar de trabajar para poder ocuparse del problema.

La siguiente cuestión es esencial, *¿qué le podemos ofrecer; en qué medida podemos ayudar?* Nos va a permitir valorar las expectativas que la persona tiene en nuestro trabajo. La gente puede esperar un milagro o que con hablar de su problema con nosotros se lo solucionemos. Esta pregunta hay que aclararla, sobre todo si es un adolescente, ya que si no entiende la necesidad de ayuda, por nuestra parte será muy difícil conseguir solucionar algo.

Nos señalará hacia dónde debemos dirigir nuestros esfuerzos y por dónde debemos empezar. Los objetivos terapéuticos los deben marcar los responsables del niño y no nosotros. Si esos objetivos son irrealizables o están fuera de nuestras posibilidades, como “ser feliz o estar bien”, deberemos trabajar sobre la concretización de los mismos antes de seguir adelante con nuestro trabajo y no imponer lo que creemos que debe de ser.

El juicio clínico no es fácil de elaborar. Cuenta con numerosos riesgos y dificultades provenientes de varias fuentes: el clínico, el niño y el contexto. En cuanto a nuestra práctica cotidiana, pueden aparecer (a veces con relativa frecuencia) algunos **errores comunes** que debemos intentar corregir y evitar en la medida de lo posible. Alguno de éstos se produce por la ansiedad que generan en el clínico diversas situaciones tales como el abuso sexual o los malos tratos al menor. Es fácil perder la neutralidad en estos casos y posicionarnos del lado del niño. Del mismo modo, y generalmente con los más pequeños, tener en cuenta que es muy fácil provocar respuestas sugestionadas y que el hecho de que asientan con la cabeza no quiere decir que nos digan que sí a nuestras preguntas, simplemente pueden estar intentando salvar la situación.

Los errores en el diagnóstico debidos al profesional ocurren, de acuerdo con Stuart (1972), por los siguientes motivos:

- Por ignorancia, por ausencia de los conocimientos necesarios (escaso conocimiento del sentido evolutivo del menor).
- Por errores humanos, debidos a una interpretación defectuosa o incorrecta de la información.
- Por abuso del nominalismo, es decir, uso de un lenguaje propio y exclusivo del profesional. El empleo de un lenguaje común y reconocible por todos es una exigencia ineludible.
- Abuso del etiquetado, que supone utilizar términos sacados de una clasificación diagnóstica (esquizofrénico, neurótico, etc.) o de un uso social de palabras que poseen una connotación peyorativa (loco o subnormal) y una carga semántica muy fuerte que puede

154 repercutir de manera negativa en el entorno del niño, en lo que se espera de él, en su autoestima, marcando al niño con un adjetivo calificativo e influenciando los tratamientos que vayamos a instaurar.

- Uso de una doctrina psicológica y su “lenguaje exclusiva”.

Siempre que sea necesario contactar con *otras fuentes de información* y/o otra institución que no sea la que derivó al menor, será aconsejable pedir el consentimiento de los padres.

A la hora de ponernos en contacto con el medio escolar, será necesario que su tutor o algún profesor que lo conozca bien nos informe sobre distintos aspectos: puntos fuertes y débiles desde el punto de vista académico, capacidades no académicas (arte, música, deporte...), comportamiento en clase y recreo, relación con compañeros y profesores... Si se trata de niños preescolares será necesario contactar con la guardería.

En caso de que exista desacuerdo entre las diferentes fuentes, habrá que valorar si alguna pudiera ser poco fiable. Así, por ejemplo, en el caso de madres deprimidas, podrían exagerar la psicopatología del menor; el profesor no lo conoce lo suficiente como para hablarnos de él...

El desacuerdo, como dijimos anteriormente, también puede venir de las diferentes creencias y expectativas que se tiene sobre el comportamiento del niño. Además, y por lo general, los padres tienen más facilidad para recordar los detalles y características de la alteración del mismo que su grado de normalidad. Así, hay desacuerdos aparentes que pueden aclararse al entrar más en detalle.

## CONCLUSIONES

De acuerdo con la historia y la evolución hasta el presente de la psicopatología infantil, cabe esperar una serie de cambios en las diferentes áreas. Es esperable un mayor interés por las situaciones de comorbilidad, de doble diagnóstico y por los síndromes transicionales. También se conocerán mejor las diversas situaciones de estrés en la infancia, especialmente en dos direcciones: el estrés psicosocial y las repercusiones en el organismo infantil de las situaciones de estrés. Se desarrollará el interés por

los problemas psicopatológicos de edades tempranas así como por las enfermedades crónicas, ya sean físicas o psíquicas, especialmente la deficiencia mental. En el campo del diagnóstico clínico, esperamos una generalización y una extensión del uso de los criterios diagnósticos y una adaptación de los mismos en términos de desarrollo. Los objetivos de la investigación en el ámbito terapéutico, se orientarán hacia la búsqueda de formas de tratamiento más económicas con una visión más comunitaria y preventiva basada en el desarrollo de la epidemiología y del conocimiento de los factores de riesgo.

En todo caso es razonable esperar un desarrollo de la psicopatología infantil armónico, eficaz y productivo en las próximas décadas, dirigido a la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del enfermar psíquico en la infancia, que el siglo XXI tendrá como uno de sus grandes objetivos, dada la trascendencia que tiene para el futuro de toda la sociedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Eisenberg, L. (1977): Development as a unifying concept in psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 131, 225-237.
- Fisch R., Weakland J.H., Segal L.: La táctica del cambio. Herder. 1994.
- Halperin, Jeffrey M: Psychological testing for Child and Adolescent Psychiatrist: A review of the Past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37 (6): 575-584. 1998.
- Molina Moreno, A.: *Rev. Psiquiatr. Psicol Niño y Adolsc*, 2 (1): 23-40. 2001.
- Robert A. King M.D.: Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Children and Adolescent. *J. Am. Acad. Of Child. Adolesc. Psychiatry*. Vol. 36 (10S): 4S-20S. 1997.
- Rodríguez Sacristán, J.: Psicopatología de la edad escolar. *Actas del Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Zaragoza. 1992.
- Rodríguez Sacristán, J. (ed.): *Psicopatología Infantil Básica: Teoría y casos clínicos*. Madrid. Ed: Pirámide. 2002.
- Rutter, M; Taylor, E y Herso, L. (1993): *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*. 3ª ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Steven P. (1996): *Pediatría del comportamiento y del desarrollo*. Barcelona: Masson.