

EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR ANTE LA DEPRESION INFANTIL

I. Bernabeu (Psicóloga)
L. Conceboy (Psicóloga)
M.^a J. González (Psicóloga)
L. Martín Alvarez (Pediatra)
M.^a R. Martínez Bayo (Pedagoga)
F. Muñoz (Psicólogo)
J. L. Pedreira Massa (Psiquiatría Infantil)
P. Rivilla (Socióloga)
Grupo Interdisciplinar de Estudios sobre la Infancia

ASPECTOS HISTORICOS

La depresión infantil es una entidad cuya existencia es muy debatida, en cuanto a considerarla con personalidad clínica diferenciada, de tal suerte que el glosario de afecciones mentales de la OMS (1) continúa sin contemplarla de forma autónoma y el DSM-III (2) la acaba de incluir recientemente.

¿El niño sufre? ¿El niño se deprime? Parecería que existe una resistencia a contestar afirmativamente estas preguntas y, en la negación de esa realidad, se afirmaría el hecho paradigmático de la «infancia feliz». Esta resistencia nos remitiría a la capacidad del adulto en verse involucrado en el discurso del sufrir infantil, por lo tanto si el niño no sufre ni se deprime liberaría esa responsabilidad al adulto.

Lo que sí que parece aceptarse es que el término depresión infantil adquiere una significación y tiene una estructura que lo diferencian claramente del concepto de depresión del adulto. De igual forma, habría que delimitar la diferenciación depresiva, como fase del proceso infantil y la depresión como entidad noxográfica. De igual forma habría que matizar si los «síntomas» depresivos son considerados como conceptos semióticos o como conceptos semánticos, pues obviamente la significación es diferente, en tanto el primero comporta una carga de patología y el segundo conlleva una diferenciación de la norma sin más. Estas matizaciones las consideramos capitales a la hora de abordar el proceso depresivo en el niño.

Quizá, para abundar más en este hecho, un dato nos revele una realidad

palpable: la incidencia de suicidios infanto-juveniles, a pesar de la poca fiabilidad de los datos, se encuentra en aumento (3). Si el suicidio se interpreta como una forma de desenlace depresivo, concluiremos con que la depresión infantil existe.

En la década de los años treinta es M. Klein (4) quien sitúa, en la segunda mitad del primer año, lo que ella denominó «posición depresiva» a la hora de evaluar la evolución del lactante, poniéndolo en relación con la etapa en la cual el niño era capaz de reconocer al objeto en su conjunto, su relación con él era ambivalente y la angustia se centraba en el temor de las pulsiones destructivas, en base a que el niño no podía asegurarse la posesión en exclusiva de ese objeto.

Al hilo de estas teorías Spitz (5) determina, como segundo organizador del yo, hacia los ocho meses, la angustia al extrañamiento como estructura base de la angustia de separación, que tanto tiene que ver en la personalidad ulterior.

Si esto es en el plano más genético, este mismo autor describe la depresión anaclítica como cuadro propio de los niños institucionalizados y con una pobre relación con la madre, incluyéndola en el cuadro del hospitalismo infantil, que desde entonces a nuestros días tanto ha hecho reflexionar a pediatras y psiquiatras aunque la expresión clínica se haya atemperado y no se presente en forma tan dramática.

Bowlby (6) en el año 1956, becado por la OMS, elabora la teoría de la vinculación madre-niño y los procesos de pérdida de ese vínculo o el establecimiento de los vínculos múltiples, en relación con la vivencia de depresión infantil. Se acentúa, de forma fundamental, la relación madre-hijo para elaborar los procesos de separación y pérdida objetal. Estos trabajos han visto su debate con los realizados por Müller (7) y Bettelheim (8)

en los kibutz israelitas, en tanto al papel de la metapelet y la prolongación de la succión del pulgar y el retraso en el control esfinteriano en estos niños. En esta teoría vincular destacan los trabajos actuales de Shaffer (9) y su escuela en el momento actual.

En 1966 Rie (10) afirma, por el contrario, un criterio restrictivo, en el sentido de que sólo debiera clasificarse como depresión en el adulto, insistiendo en la necesidad de estudios epidemiológicos lineales para determinar tanto las características como las frecuencias de presentación.

Para M. Mahler (11) la respuesta depresiva sería una reacción afectiva en que la angustia se ve muy incrementada en intensidad y duración, provocando una respuesta depresiva durante el proceso de individualización, que crearía un humor base y la tendencia afectiva a la depresión.

Winnicott (12), tras los estudios sobre la defensa maníaca como reverso de la depresión infantil, pone en entredicho la denominación de posición depresiva kleiniana, pero admite que no hay otra mejor. Este autor lo relaciona con la época del debate del destete y para llegar a ella se precisa que establezca relaciones con «personas totales».

No obstante, en 1969 Slater y Roth (13) afirman que los niños están «inmunizados» a la depresión y que estos cuadros no aparecen antes de la pubertad. De forma un tanto contradictoria, dos años después la Unión Europea de Psiquiatras dedica su reunión a la Depresión Infantil.

En cuanto a la incidencia es muy variable, pues desde el 1,8% de Nissen (14) al 25% de Meierhoffer (15) hay una amplia gama que debiéramos situar en base a las características de la muestra analizada, pues ninguno de estos estudios se ha centrado en una correlación etárea, por sexos, condición social, etc.,

en un muestreo validado sociológicamente y al azar, sino que son índices de prevalencia en una consulta psiquiátrica.

Estudios de otros autores son relevantes en cuanto a la percepción de la muerte en el niño y el temor a las enfermedades, es el caso de A. Aberastury (16) y G. Rimbault (17), como expresión de una vivencia profundamente depresiva.

M. Mannoni (18) plantea el papel del deseo de la madre como estructurante en la vida psíquica infantil y el papel de las proyecciones de deseos insatisfechos de la madre en el niño como determinante de procesos depresivos y otros más graves en el niño. El papel de la proyección materna ha sido también analizado por Espasa y Manzano (19) en un reciente artículo sobre la consulta terapéutica, en el que destacan el papel de los duelos mal elaborados por la figura materna y que son detectados en los niños. Esta relación con la figura materna y su papel en el desencadenamiento de cuadros del tipo de las psicosis había sido expuesto por Bettelheim (20) y anteriormente por Kanner (21).

Otros autores han preferido elaborar criterios diagnósticos, tal es el caso de Sandler y Joffe (22), quienes en nueve puntos exponen caracteres vivenciales, relacionales y/o psicósomáticos, pero simplemente con un criterio muy fenomenológico y convencional; al igual que los criterios aceptados de Nissen (23). M. Spierling (24), Soulé, Kreisler y Fain (25) han señalado el papel fundamental de la clínica psicósomática como expresión de depresiones infantiles basados en los estudios de Marthy (26). Por el contrario, Pounaski (27) y Zrull prefieren referirse a la autoestima y autovaloración para definir los criterios de depresión infantil.

Ante esta confusa situación pretendemos abordar la depresión infantil con los

siguientes planteamientos:

1. Concepto psicodinámico de depresión infantil.
2. Modelo psicopatológico de la depresión infantil.
3. Abordaje de la problemática por el equipo asistencial.

CONCEPTO Y MODELO PSICOPATOLOGICO DE DEPRESION INFANTIL

Al considerar a la infancia (28) como una unidad bio-psico-afectiva, sujeta a un medio socio-culturo-familiar, integrado en un contexto político e ideológico determinado que le aporta los procesos históricos y de clase determinados, en los que todos estos procesos se encuentran en una relación dialéctica; afrontamos un nuevo concepto más bien integrado en «manifestaciones depresivas» en la infancia y que se pueden evidenciar de múltiples formas y detectar, en lo externo y puramente fenomenológico, como un sinfín de cuadros noxográficos. No obstante, sí que admitimos que estas manifestaciones pueden estructurar unas vivencias y un modo determinado de reaccionar depresivo, depresión que debe remitir a la detección de los mecanismos intrapsíquicos que lo conforman y entre los que destacamos: la vivencia de la culpa y la forma de elaborarla; la vivencia de la castración; la elaboración de la angustia de separación; el narcisismo y la tolerancia a una herida narcisística; la autoestima; etc. De cualquier forma nos va remitiendo, cada una de estas situaciones, a «la falta» y al modo cómo la persona elabora, en su discurso individual, esa falta, cómo intenta obturarla y las defensas que emplea para ello, así como el grado de eficacia de esas defensas: desde la negación al desplazamiento, desde la somatización a la autoaniquilación por el sui-

cidio, desde la proyección a la defensa maníaca, desde los mecanismos de identificación a las formaciones reactivas, etc., etc.

Con estas perspectivas podríamos proponer tres modelos psicopatológicos que explicaran esta forma de concebir la depresión infantil:

1.º Vivencia de la propia imagen corporal y de su alteración por procesos orgánicos o accidentales.

2.º Vivencia de las relaciones prácticas y de su alteración, sobre todo relacionado con los rendimientos escolares.

3.º Vivencia de la situación relacional con el mundo circundante y la alteración de estos vínculos.

En síntesis nos referiría a los daños narcisistas, los atentados al ideal del yo y a las alteraciones en el establecimiento de las relaciones objetales, de una u otra forma nos refiere al tipo de elaboración de la castración y el grado de dominancia de la pulsión de muerte. En esta situación hay que enmarcar la paralización de las funciones y las vivencias personales que derivan de esta posición, cómo se estructura la capacidad defensiva de la persona y las posibilidades de superar una situación de catástrofe personal que pudiera llevar, en último término, a una autoaniquilación en la posibilidad de realizar un acto suicidario.

A) **DEPRESIONES DEBIDAS A ALTERACIONES CORPORALES**

Este tipo psicopatológico nos remite a la percepción de la imagen corporal (29) y al atentado que pueda sufrir, como significación externa de lo real en el niño. En lo imaginario nos remite a la reparación por una culpa, real o fantaseada, y que puede ser subsidiaria de recibir un castigo (30). En lo simbólico se situaría la agresión a su narcisismo y a la

castración por deseos inconscientes frente al otro y, por lo tanto, a la ubicación de los objetos «a» en el niño (31). Podríamos ilustrar lo dicho con casos de las unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, que alguno de nosotros ha expuesto en otros trabajos (32), así como en las enfermedades crónicas infantiles (diabetes (33 y 34), fibrosis quísticas (35), celíaca (36), Insuficiencia Renal Crónica (37 y 38), etc., en las que los investimentos corporales se encuentran muy invadidos por una realidad externa que induce fuertes tendencias regresivas con el fin de volverse a sentir «uno», de igual forma se constata en las intervenciones quirúrgicas y que hemos evidenciado en algunas intervenciones de psicoprofilaxis quirúrgicas. Hemos elegido un caso de síndrome tóxico en un varón de 10 años cuando consultó por primera vez. Nos es remitido porque llevaba tres ingresos sucesivos, a causa del síndrome tóxico, en el curso de los tres primeros meses de presentación de la enfermedad. José Antonio padece una infiltración dérmica importante acompañada de atrofiás musculares progresivas, algias en miembros de tipo difuso, astenia y una tristeza muy importante. Es el menor de tres hermanos, siendo el único varón. Pertenecen a una clase social media-baja. Los padres son de edad avanzada. Se encuentran afectados por el proceso: los padres, las dos hermanas (en un principio la hermana mayor, al estar casada y no vivir en el hogar, no se afectó) y el novio de la hermana que comía habitualmente en el domicilio, es el padre el que menos afectado se encuentra, todos ellos han precisado, al menos, de un par de ingresos hospitalarios. José Antonio tenía un rendimiento escolar calificado como extraordinario, tanto por los padres como por el informe escolar, y era un gran deportista, teniendo ficha como jugador de fútbol en un equipo juvenil de los más im-

portantes de Madrid. La vivencia familiar es de una gran agresividad frente a los «envenenadores», como ellos los llaman. José Antonio llega a expresar: «que los pongan un goteo con el aceite, así se enterarán». Fue el primero en ingresar, cuando se pensaba que era un proceso infeccioso, al retornar al hogar estaba intranquilo de ser atendido por la hermana mayor por si «la contagiaba» y por ella podía afectarse su sobrino pequeño, puesto que el resto de la familia ya había sido ingresada. En efecto, la hermana, poco después, queda afecta del proceso al igual que su hijo de 18 meses, con lo que José Antonio se descompensa masivamente. En esta situación aparece, ante la opinión pública, el que el aceite es el desencadenante, con lo que José Antonio ya tiene el objeto malo y agresor en el que depositar y con el que canalizar su agresividad. El hecho de no jugar al fútbol le «desmoraliza», máxime cuando recientemente recibe un partido de homenaje al cual asiste. Sus contracturas musculares van en aumento así como las infiltraciones dérmicas y la atrofia muscular. Aparece el insomnio y un rechazo total a los ingresos hospitalarios, con miedos verbalizados de muerte. No quiere salir a la calle porque «con esta pinta no puedo ir a ninguna parte». Su imagen corporal se ha alterado y la rechaza, apareciendo una intensa dismorfofobia que le hace concebir deseos y temores, de forma ambivalente, de muerte. Pronto se destacan sus vivencias edípicas muy conflictivas y que él había sublimado, al identificarse con los deseos del padre de haber estudiado y que la guerra civil había truncado, ante la posibilidad de no poder cumplir con ese deseo paterno, tal y como venía haciendo, retornan las fantasías edípicas para volver a la madre, la cual es vivida como «envenenadora y agresora», ante la intolerancia de esta agresividad la desplaza hacia los trafi-

cantes, proyectando toda su insatisfacción en fuertes deseos de muerte.

B) **DEPRESIONES DEBIDAS A FRACASOS EN LAS REALIZACIONES**

En la edad infantil sean quizá las realizaciones escolares (39) las que más destacan: esta situación nos da cuenta del atentado que puede sufrir el ideal del yo, por lo tanto la vivencia narcisística y la tolerancia a una agresión a ese mismo narcisismo que, cuando es muy patente, hay que elaborar como una pérdida importante, lo cual remite de nuevo, aunque con otra perspectiva, a la castración y su tolerancia. Por esta razón va a dar cuenta de la solución al conflicto edípico y de los investimentos realizados a la hora de una posible solución.

Oscar es un varón de 10 años, segundo de tres hermanos con una diferencia de ocho años de edad con la benjamina, por la que siente una gran ambivalencia, protegiéndola pero rivalizando intensamente. El motivo de consulta es un intento de suicidio con somníferos del padre. Es descrito como un niño «majo» pero muy arisco, por los padres, y que siempre se había desarrollado muy bien. Los padres habían tenido problemas de pareja importantes, pensando en separarse; cuando se iba a realizar la separación le es diagnosticado al padre una Insuficiencia Renal Crónica, precisando entrar en un programa de hemodiálisis, se hace muy pesimista y depresivo con frecuentes fantasías de muerte, todo ello se une a un carácter obsesivo y meticuloso, ordenado y perfeccionista de siempre; aparece insomnio y le son prescritos somníferos que guarda celosamente. El motivo del suicidio, expresado por Oscar, es el miedo que le producía haber suspendido dos asignaturas y el po-

sible castigo que podría recibir; nunca había suspendido, pero su afición a la TV había hecho que el padre le reprendiera y exigiera más, pero nunca había sido amenazado, según los padres. Tras dos semanas de no haber entregado el boletín de notas, cuando le es solicitado por el tutor, le produce una gran angustia; busca los somníferos del padre y, por la noche, ingiere unos cuantos sin poder precisar ningún miembro de la familia cuantos. (Recordemos que estos somníferos estaban guardados mientras que otros utilizados por la madre estaban a la vista.) Es descubierto a las cuatro o cinco de la mañana porque accidentalmente, por el llanto de la hermana menor, se levantó la madre y entró en el cuarto de Oscar encontrándolo «muy quieto para como era su sueño», ante el hecho de no responder a estímulos y una respiración lenta se le lleva al Servicio de Urgencia de un Hospital Infantil. La estructura de personalidad aparece muy enmascarada por los componentes melancólicos y culpógenos tras el intento de suicidio. Los mecanismos defensivos son esquizo-paranoides, spleeting, intelectualización, evitación y regresión. Aparecen contenidos orales, lo que explicaría la existencia de núcleos psicóticos, que desde el punto de vista diacrónico remiten a una estructura neurótica. Los mecanismos de defensa son frágiles, con desconexión de la realidad y un yo débil, con dificultades de identificación e identidad, apareciendo una fuerte represión de la agresividad (datos obtenidos por el análisis del test de Rorschach por el método estructural de Exner y del MAPS). En efecto, la enfermedad crónica del padre había influido negativamente en él, pues le veía deprimido y pesaroso, la ictericia era muy evidente; a su vez el padre había depositado en él una gran exigencia; su situación de acaparar para sí afectos se veía rota con la aparición de los suspensos, no

«ganaría» a la madre, apareciendo una gran represión de las pulsiones. Ante lo intolerante de la agresividad reprimida se plantea una gran culpa y autoagresividad que le llevaría a la autoaniquilación.

C) **DEPRESION DEBIDA A PROBLEMAS RELACIONALES**

Nos remite al estado de investimiento de la relación objetal y al grado de dependencia/independencia en relación a ese objeto (40), por lo tanto a la dificultad para tolerar la separación de él versus deseos de incorporarlo, nos lleva, por medio de la angustia de separación, a la vivencia y tolerancia de la castración.

Podríamos elegir un buen número de casos, pero en él presentamos, ya presentado por alguno de nosotros (41), se reúnen varias características que merecen nuestra atención: hijo adoptado, padre en la emigración, estar en un internado, suicidio de la madre adoptiva presenciado por el niño, nuevo matrimonio del padre, dificultades de relación, lo cual puede ilustrar el cuadro depresivo pues se presenta bajo la forma de una defensa maníaca por su gran «intranquilidad», como él define su gran ansiedad.

Juan Carlos es un varón de doce años que es remitido a consulta por el internado de un colegio de hijos de emigrantes, por una deficiente integración en el citado centro. Más tarde se nos hace saber que el motivo es que se le realice información sobre su adopción y del hecho de las nuevas nencias del padre.

El niño fue adoptado a los cuatro años de edad, habiendo permanecido hasta esa edad en una residencia desde los nueve meses, fecha en la que fue abandonado por su madre, la cual le había

tenido de soltera y era alcohólica. En este período recibía visitas de unos señores mayores.

Los padres adoptivos habían emigrado a Suiza, la madre no toleró la situación retornando y decidiéndose a adoptar un niño mientras el padre permanecía en la emigración. El deseo primitivo de la madre hubiera sido adoptar una niña, pero fue convencida para aceptar el niño. En uno de los retornos del padre, mientras ambos salían a pasear, la madre se suicidó tirándose al río, cuando la sacaron «el niño se tiró encima», según narra el padre, a lo que añade: «el chiquillo ha tenido muchos golpes, una vez se encontró una señora que le dijo que era su abuela y que se le quería llevar».

Presentaba una gran rivalidad con un primo por el trato que dispensaba a la madre, la cual es descrita como muy concededora, mientras el niño presentaba muchos «nervios» y era muy inquieto lo que motivó una serie de consultas a un psicólogo de la Diputación de su provincia. Este primo le repetía que era un «intruso», que era de «afuera».

El padre retornó de la emigración dos años antes de la consulta pero el niño permaneció interno, porque en el colegio que estaba «no lo querían por ser muy intranquilo». El niño se muestra muy preocupado por la seguridad física del padre en el momento de las entrevistas iniciales.

En el internado informan que es muy intranquilo, con gran ansiedad, dispersión en el estudio y un rechazo de los demás niños ante sus conductas más infantiles...

Durante una serie de sesiones, Juan Carlos manifiesta «su intranquilidad» y la imposibilidad de centrarse en nada, así como la preocupación por el hecho de no tener amigos, pues el único que tenía lo abandonó para formar parte de un grupo nuevo. Es un niño afectivo que sa-

lía a nuestro encuentro y nos demandaba la hora de su terapia. Siempre se mostró correcto y colaborador, aunque se percibía su gran ansiedad, que fue cediendo paulatinamente, por el efecto de una transferencia positiva con las figuras terapéuticas, al darse cuenta que se le toleraba «la intranquilidad» y se le centraba su dispersión. Con lo cual su discurso se iba haciendo cada vez más coherente y las asociaciones e interpretaciones eran analizadas. Lo más significativo fue cómo él fue relacionando su intranquilidad con la demanda de ser querido y aceptado por los demás, así como el sentimiento de culpa por el suicidio de la madre adoptiva y su temor a ser rechazado por el padre.

Para ilustrar estas vivencias de Juan Carlos son demostrativos los siguientes fragmentos de algunas de las sesiones: entre los dibujos temáticos lo primero que dibujó fue un sueño, en el cual decía: «Soñé que venía el espíritu de mi madre, bajó del cielo a la tierra para quedarse conmigo y con mi padre. Era transparente, con una blusa blanca que se movía lentamente. Ibamos a un castillo y había un río por enmedio, ella se quedó al otro lado y yo en éste y se cortó el sueño». Al asociar sobre el sueño plantea que le recuerda cuando era pequeño, de la felicidad en el pueblo con sus padres, «el río que nos separaba era la muerte de mi madre y la distancia que hay del cielo a la tierra. Le recuerda la separación y la dificultad en traspasarlo, pues no sabía nadar. Asocia que para poder pasar habría que poner un puente. Más tarde dice que en el sueño él se quería tirar, pero alguien le sujetaba.

En este sueño se realizó una intervención que fue clarificadora, al señalar que había tres partes: la bajada de mamá que era su deseo. Una segunda en la que había un viaje a un castillo, que podría ser el internado, dado que es un palacio con almenas derruidas. Una terce-

ra sería la realidad: mamá al otro lado del río y el niño en éste, sería la separación entre la vida y la muerte. En el aspecto transferencial se planteó que quizá podríamos ser nosotros quienes le ayudásemos a sujetarle cuando se iba a tirar por el puente, para reunirse con mamá igual que ella lo hizo.

Dos sesiones anteriores, Juan Carlos había planteado el encuentro con su nueva madre a la que él inicia llamando «segunda madre» y a la que describe diciendo que parece cariñosa. Pasa a hablar de la intranquilidad y de su solución y quien debe intervenir, dice que es la mamá de antes, pero que su mamá de antes tampoco era su mamá, pues recuerda que una prima le dijo que era hijo adoptivo, lo cual es para él: «como si no supiera cuál es mi madre verdadera». Plantea que no es el verdadero hijo de esos padres: «no les pertenezco a esos padres, no pusieron el material con el que yo me hice, me parece que mis verdaderos padres también me desprecian». Se emociona y a partir de aquí recuerda su estancia en los diversos colegios tutelares y las visitas que recibía, así como el episodio narrado por el padre y que ha sido expuesto con anterioridad, del encuentro con alguien que dijo ser su abuela. «Pienso en un dibujo en el que hay un objeto y luego el mismo objeto y así sucesivamente, me imagino que conmigo igual, al final se ve la imagen que son los verdaderos padres que no me abandonan. No me quedan claras las cosas, me hago un lío con todo esto.»

A partir de estas dos sesiones Juan Carlos comenzó a ir más fluido, verbalizó su interés creciente por los estudios. Aparecían sus temores con relación a sus padres y el enfrentamiento con el padre en las épocas de vacaciones. Tuvimos que suspender la terapia elaborando la separación, pero dejando una puerta abierta, dado que tenía que volver

a su provincia de origen y dejaba el internado para vivir con sus padres. En el momento actual, por medio de los profesores del colegio, sabemos que el padre quiere ponerse en contacto con nosotros para darnos las gracias. El niño acude a un colegio normal con un nivel adecuado de rendimiento escolar y la relación familiar es satisfactoria.

EL PAPEL DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

Al abordar la depresión con un modelo de esta índole, lo fundamental lo situamos en el aspecto preventivo y en la detección precoz, posteriormente una actuación coherente por un grupo o equipo de salud mental infantil que aborde el substrato, el más allá de lo manifestado, ya que el síntoma no es más que una forma de vivirse, de actuar o sentirse la elaboración de ese discurso inconsciente del ser infantil (42); es sólo el pico del iceberg, lo visto del iceberg vendría representado por el cuadro noxográfico, pero ¿dónde lo no visto, que es de más calibre y más amplio?

Si es fundamental la prevención, lo primero es aceptar que el niño se deprime y que puede deprimirse; la negación no conduce a nada.

Posteriormente existen tres agentes fundamentales en la detección precoz:

1º El primero y fundamental es la propia familia, que evaluará las modificaciones, los temores, etc. Es la convivencia cotidiana y, además, el primer agente de salud y el más eficaz. Se precisará sensibilización, pues bien, que se trabaje en esa línea.

2º El pediatra: Es el primer personal sanitario que actúa en salud materno-infantil, además lo hace de forma más continua. Debe aprender a escuchar, no sólo a oír, el discurso emitido para, tras-

pasando el límite de lo concreto y manifiesto, intentar acceder a comprender aquello que se le presenta.

3.º La escuela, al ser otro de los desencadenantes de este tipo de situaciones, debe saber que su labor pedagógica es algo más que la evaluación de los rendimientos, lo cual comporta que debe evaluar el verdadero valor de su discurso en el discurso infantil y las influencias y variaciones que origina.

Con estos tres fundamentales «agentes de salud infantil» el equipo de Salud Mental Infantil tendrá que actuar en íntima conexión, como técnico, desterrando el lugar de sujetos de supuesto saber, pues ese saber es de ellos y la verdad de sus discursos inconscientes.

El psiquiatra infantil con autonomía formativa y de ejercicio, el psicólogo infantil, los trabajadores sociales, personal de enfermería psiquiátrico, terapias ocupacionales, etc., son los pilotes que actuarán a demanda, desde y en la propia comunidad.

Hay quien opina que no existe Psiquiatría Comunitaria sin Psiquiatría en el Hospital General. Habría que analizar dialécticamente este aserto, pues el hospital es tal en tanto se refiere a una comunidad, por ello la Psiquiatría a lo mejor sí que puede ser así, pero la Salud Mental, como integrante de la salud, sólo

parte de la comunidad de origen y con su participación.

De esta suerte el intercambio de conocimientos enriquece a todos los sectores y puede abordarse el aspecto preventivo de una forma integral e integrada. El saber y la información serían más fluidos y la posibilidad de sensibilización de los profesionales, sobre todo de los que están en contacto con la infancia, mucho más satisfactoria.

Por otra parte, el equipo de salud mental infantil tendría la posibilidad de intercambiar sus experiencias entre sus diversos componentes y establecer una formación continuada y un ejercicio profesional más rico, al poder desarrollar todas y cada una de las potencialidades de sus distintos, diversos y complementarios campos de saber. De igual forma se integrarían los niveles preventivos, primario, secundario y terciario, con una adecuada proporción y con una eficacia mayor.

Este cambio hacia la atención de salud con equipos interdisciplinarios y asentamiento comunitario sólo podrá ser abordado, desde nuestra perspectiva, con la implementación de un Servicio Nacional de Salud con las características propias que lo definen (43), que no creemos sea éste el lugar adecuado para hacerlo.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS: *Glosario de las enfermedades mentales*. Ginebra, 1976.
2. DSM-III: *Manual para la clasificación de las enfermedades mentales*. Ed. Toray-Masson, Barcelona, 1983.
3. LARA, E.: Mesa redonda sobre suicidio infanto-juvenil, Simposium de la Sección de Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría, Madrid, 1982.
4. KLEIN, M.: *Psicoanálisis infantil*. Obras completas. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1980.
5. SPITZ, R.: *El primer año de la vida del niño*. Ed. Aguilar, Madrid, 1976.

6. BOWLBY, J.: *La vinculación afectiva*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1979.
7. MÜLLER, L.: *Los hijos del kitbutz*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1977.
8. BETTELHEIM, B.: *Los niños del sueño*. Ed. Siglo XXI, México, 1979.
9. SCHAFFER.
10. RIE, H. E.: «Depression in childhood. A survey of some pertinent contributions». *J. Am. Acad. Child. Psychiat.*, 1966, 5/4, 653-685.
11. MAHLER, M.: «Some preliminary notes on the development of basic moods, including depression». *Canad. Psychiat. Assoc. J.*, 1966, 11, **supl.** esp. S250-S258.
12. WINNICOTT, D. W.: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Ed. Laia. Barcelona, 1980.
13. SLATER, E.; ROTH, M.: *Clinical Psychiatry*. Ed. Cassell. Londres, 1969.
14. NISSEN, G.: *Depressive syndrome im Kindesund Jugendalter*. Ed. Springer. Berlín, 1971.
15. MEIERHOFFER, citado por Ajuriaguerra en *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray-Masson. Barcelona, 1976.
16. ABESRASTURY, A.: *La percepción de la muerte en el niño*. Ed. Kargieman. Buenos Aires, 1978.
17. RAIMBAULT, G.: *L'enfant et la mort*. Ed. Privat. Toulouse, 1975.
18. MANNONI, M.: *El niño retrasado mental y su madre*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1982.
19. PALACIO ESPASA, F.; MANZANO, J.: «La consultation thérapeutique des très jeunes enfants et leur mère». *Psychiatr. Infant*, XXIV, 2, 1982, 5-26.
20. BETTELHEIM, B.: *La fortaleza vacía*. Ed. Laia. Barcelona, 1978.
21. KANNER, L.; RODRIGUEZ, A.; ASHENDEN, B.: «How can autistic children go in matters of social adaptation?» *J. Autism child Schizo.*, 1972, 2, 1, 9-33.
22. SANDLER, J.; JOFFE, W. G.: «Notes on childhood depression». *Int. J. Psychoanal.*, 1965, 46, 88-96.
23. NISSEN: *Op. cit.*
24. SPERLING, M.: *The psychosomatic disorders in childhood*. Ed. Aronson. Nueva York, 1979.
25. SOULE, M.; FAIN, N.; KREISLER, L.: *El niño y su cuerpo*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1979.
26. MARTHY, P.: «Congrès des psychanalistes de Langues romanes». *Rev. Française de Psychanal.*, 19, 1-2, 1972, 805-816.
27. POZNANSKI, E.; ZRULL, J. P.: «Childhood depression. Clinical characteristics of overtly depressed children». *Arch. gen. Psychiatr.* 1970, 23, 8-15.
28. PEDREIRA MASSA, J. L.; MENENDEZ OSORIO, F.: «El síntoma psicossomático en la infancia. Valoración psicodinámica». *Rev. de la Asoc. Esp. de Neuropsiquiatr.*, 0, 86, 1981.
29. SCHILDER, P.: *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1978.
30. FREUD, A.: *El síntoma psíquico en el niño*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1978.
31. LACAN, J.: *Escritos*. Tomo I y II. Ed. Siglo XXI. México, 1977.

32. PEDREIRA MASSA, J. L.; MENDOZA BERJANO, E.: «Desarrollo y cuidados psicológicos del niño en cuidados intensivos». *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr.*, 1, 1981, 86.
33. PEDREIRA MASSA, J. L.; MENDOZA BERJANO, E.: Aspectos psicodinámicos en la diabetes infanto-juvenil. Congreso mundial de Psiquiatría en el Hospital General. Madrid, 1983.
34. PALACIO ESPASA, F.; CRAMER, B.; FEIHL, F.: «La diabète juvénile maladie difficile à vivre et a penser». *Psychiatr. Infant*, X,II, 1, 5, 1979.
35. PLESS, I. B.; ROGHMANN, K. J.: «Chronic illness and its consequences: observations based on three epidemiological surveys». *J. Pediatr.*, 79, 3, 1971, 351.
36. FILLIOZAT, A. M.; HENNEQUET, A.: «Evolution psychologique et mucoviscidose». *Ann. Pediat.*, 23, 1, 1976, 47.
37. RAIMBAULT, G.; BOYER, P.: «L'enfant et son image de la maladie». *Arch. Fr. Pediatr.*, 24, 445, 1967.
38. PEDREIRA MASSA, J. L.; MENDOZA BERJANO, E.: «Aspectos psicopatológicos de la insuficiencia renal crónica en la infancia». *An. esp. pediatr.*, 18, 1, 1983.
39. SERVICIO DE SALUD PUBLICA DE LA DIPUTACION DE MADRID: Aspectos de la salud escolar. Madrid, 1983.
40. MAHLER, M.: *Op. cit.*
41. PEDREIRA MASSA, J. L.; SARDINERO GARCIA, E.: *Aproximación a los aspectos psico-sociales de la adopción y sus variantes*. En *Marginación Social e Institucional*. Coordinador, E. Reyero. Ed. Ayuntamiento y Comunidad Autónoma de Madrid, 1984.
42. MENENDEZ OSORIO, F.: «El síntoma psíquico y psicossomático en el niño. Visión psicoanalítica y estructuralista». *An. esp. pediatr.*, 13, 1091, 1980.
43. HERNANDEZ LES, G.; LOPEZ, M.^a A.; PEDREIRA, J. L.: «La sanidad española: del modelo tradicional al cambio». *Crónica y vida del Socialismo*, vol. 8, 1983, 113-128.

