

Signos de alarma en la evolución clínica hacia la psicosis en la infancia

Pedreira, J.L.

INTRODUCCION

Hablar de prevención es siempre conflictivo, pero una de las funciones fundamentales de la pediatría de atención primaria consistiría en poder articular acciones concretas tendentes a paliar aquellos problemas de salud de la diada madre-hij@, que puedan alterar su funcionamiento estructurante para la niña/o a lo largo de su desarrollo.

Parece que, no exenta de dificultades, la prevención de las afecciones físicas va posibilitando éxitos parciales, pero esperanzadores. No obstante, en lo tocante al funcionamiento psíquico es siempre complejo este campo, por la cantidad de elementos que interactúan en la organización y estructura de un sujeto.

Por otro lado, es bien conocida la interacción cuerpo-mente o psique-soma, como se prefiera, y que es tanto más patente e indiferenciada el tipo de respuesta cuando menor sea el pequeño paciente.

La intención del presente artículo es poner en la pista al pediatra de atención primaria sobre síntomas, en apariencia, banales que luego en su "après-coup", pueden abocar en una de las afecciones más graves de toda la patología humana: la psicosis infantil.

CARACTERISTICAS DE LOS SIGNOS DE ALARMA

Sería muy difícil y complejo dar una definición exacta de la psicosis que fuera del agrado de la mayoría de las escuelas psicológicas, pues dependería del lugar desde el cual lo exponemos o aquello en lo que enfatizamos. Voy a intentar hacerlo desde una orientación psicoanalítica y estructuralista, por ser el lugar teórico que ejerzo en mi práctica clínica. Simplificando mucho se podría decir que la psicosis es el paradigma de la locura... Desde el marco teórico al cual hacía referencia se podría decir que la psicosis infantil es un lugar de "muerte psíquica" o, dicho en términos de LACAN, sería un funcionamiento del aparato psíquico en el cual el lenguaje no adquiere su capacidad simbólica y sólo se constituye por palabras; o, como expresa el matrimonio LEFORT, cuando el "otro" (expresión y metáfora de la Ley del Padre) no ha nacido; en los casos graves, que se encuadran en el autismo infantil, es muy válido el simil de BETHELHEIM: "La fortaleza vacía".

En segundo lugar habría que situar el tipo de prevención que se pretende realizar. Siguiendo patrones de salud pública y de salud mental se encuadraría en la prevención secundaria, ya que nos referimos a diagnóstico precoz y a la posibilidad de instaurar un

tratamiento adecuado lo más precozmente y, caso de que la organización estructural sea rígida, prevención terciaria tendente a lo más adecuado en las medidas de reinserción social.

En este contexto habría que matizar que, en el ser infantil, los síntomas, siguiendo a FOUCAULT y MENENDEZ, deben ser considerados:

- 1. El síntoma es el resultado de un proceso de elaboración inconsciente con significación que corresponde a un complejo mecanismo para expresar esa anomalía.*
- 2. El síntoma es la expresión externa de un conflicto intrapsíquico que busca su salida utilizando un órgano, un gesto o una reacción.*
- 3. El síntoma refleja una forma de ser, de reaccionar, responder y vivenciar un mundo y unas reacciones desestructurantes.*

En resumen: habría que decir que los signos que se van a ir exponiendo representan un grado de disfuncionamiento de la diada madre-niño@ que traduce una perturbación masiva en la relación de objeto, pero hay que expresar lo siguiente (tabla I):

- 1º. Ninguno de ellos es patognomónico en sí y de forma aislada.*
- 2º. Muchos de ellos pueden encontrarse en el curso del desarrollo normal del ser infantil.*
- 3º. Hay tres factores de riesgo:*
 - a) Asociación de varios de ellos.*
 - b) Persistencia en el tiempo.*
 - c) Irreductibilidad a los tratamientos médicos o psiquiátricos convencionales.*

Por último, hay que considerar que una cosa pueden ser las organizaciones psicóticas de la personalidad infantil y otra el que esas estructuras de la personalidad sean rígidas o no móviles, lo que dependerá del tipo de intervención que se realice.

DESCRIPCION DE LOS SIGNOS DE ALARMA EN LA EVOLUCION INFANTIL HACIA LAS PSICOSIS

Con lo anteriormente expresado se puede comenzar a definir estos signos de alarma que posibiliten el ponernos sobre la pista de un riesgo de evolución psicótica, no sin antes insistir en las características de la tabla I. Además son signos en la evolución del polo infantil de la diada, aunque en la gran mayoría ésta en términos de función de madre. Como

semiología sistematizada se puede emplear la escala de BARTHELEMY (Anexo) que tiene la ventaja de estar estructurada en semestres y se puede emplear durante los tres primeros años de edad.

Se han dividido los signos de alarma en dos grupos: signos mayores y signos menores, en orden a la frecuencia de presentación en la clínica, al énfasis estructurante en el ser infantil y a una facilidad expositiva:

A. Signos mayores: (tabla II)

1. Trastornos psicomotores y del tono. *En general representan una expresión precoz del rechazo hacia la comunicación con el entorno que, en las primeras fases, viene representado por la función materna. Dichos trastornos pueden venir representados por:*

- a) *Hipotonía con defecto en el ajuste postural, sobre todo en el acto del abrazo.*
- b) *La no expresión de placer o de displacer ante las posturas o posiciones que ocupe.*
- c) *Ausencia de la actitud anticipadora, que se presenta entre los cuatro-seis meses, ante el hecho de tender los brazos, acercar juguetes, etc. Esta ausencia va a constituir, junto a las dos anteriores, los conrainvestimientos masivos que instala el ser infantil, como una barrera protectora, contra las posibles consecuencias dolorosas de sus propios investimentos.*
- d) *No volver la cabeza hacia los sonidos, sobre todo a la voz humana, siempre que la exploración auditiva sea normal.*
- e) *Los retrasos en la sedestación, bipedestación y deambulación, que van a denotar o un noinvestimiento o un desinvestimiento del mundo exterior, que va a venir dado por el papel de la madre como constituidora de ese espacio imaginario.*
- f) *Adquisición muy rápida de la deambulación y del lenguaje, pero a lo que se puede añadir evolutivamente una rápida pérdida de una o ambas adquisiciones. Ese avance ha podido parecer muy peligroso, en cuanto los procesos de individualización, por lo que rápido es abandonado.*
- g) *Alternancia de hipotonía e hipertonia en el abrazo, ante estímulos de caricias, etc., pasando de un aparente desinterés a una defensa ante el hecho de la relación con el objeto.*

Todos estos elementos suelen constituir una importante herida narcisista en la madre, pues

es la que significa y resignifica los investimentos que realiza el ser infantil.

2. **Caracteres de la mirada.** Hay que considerar que, en términos generales, se puede seguir los objetos a partir de la cuarta semana de vida, pero es fundamental la noción cualitativa de esa mirada.

- a) *Evitación de la mirada de la madre, por la importancia que tiene en la instauración de los procesos vinculares.*
- b) *No seguir objetos, sin alteraciones de los procesos visuales.*
- c) *Mirada vacía pero penetrante: "mirada que atraviesa".*
- d) *Mirada sin horizontes: "mirada periférica".*
- e) *Miradas furtivas: con la cabeza inclinada hacia adelante y mirando lateralmente.*
- f) *Presencia de estrabismos precoces, sobre todo los divergentes.*

3. **Reacciones ante el espejo.** La fase del espejo descrita por LACAN, que se extiende desde los ocho-dieciocho meses de edad, constituye la estructuración definitiva del yo infantil en un lugar imaginario, posibilitado por la presencia del soporte/madre y desde el que se da entrada al padre, que adquiere su categoría simbólica con el lenguaje. De aquí la importancia estructurante de esta fase y de sus alteraciones:

- a) *Mirarse "atravesando" el espejo.*
- b) *Imposibilidad de reconocimiento de la propia imagen.*
- c) *Ausencia de reacción ante el soporte/madre.*
- d) *Imposibilidad de dar entrada a un tercero en la observación.*
- e) *Ausencia de sorpresa ante la imagen del espejo.*
- f) *Reacciones de huida o de susto ante la imagen del espejo.*

4. **Ausencia o alteración cualitativa y/o temporal de objetos transicionales.** WINNICOTT denominó objetos transicionales a aquellos elementos de textura suave (chupete, manta, embozo de la cama, oso de peluche) por los que la niñ@ sentía un especial apego, sobre todo en determinadas circunstancias de separación de la figura

objetal, y representaban la primera posición no-yo. Estos objetos son ofertados y están en el mundo externo, pero tienen caracteres y significaciones en el mundo interno, apareciendo como sustitutos de la madre. Sus alteraciones podrían ser:

- a) *Destrucción de los objetos transicionales.*
- b) *Indiferencia ante ellos.*
- c) *Tomar objetos duros y no maleables de forma precoz.*

La significación de este hecho se ubica en que la no delimitación de estos niños entre el yo y el mundo exterior no les permite elaborar un espacio transaccional entre esos dos universos.

5. **Las estereotipias.** *Son definidas en las psicopatologías clásicas, como movimientos repetidos sin ninguna utilidad o finalidad definidas. Parecen ser utilizadas por el ser infantil defensivamente como barrera protectora entre el entorno y el niño, pero otros autores piensan que es un tipo de comunicación insuficiente y desviada entre el niño y su entorno. Se caracteriza por:*

- a) *Movimientos de manos, brazos batidos como alas, balanceo de cabeza o tronco, rocking.*
- b) *No cesan al contacto del adulto.*
- c) *Ocupan cada vez más tiempo de las actividades infantiles.*

6. **Alteraciones del lenguaje.** *El lenguaje infantil se adquiere estructuralmente con la fase del espejo y representa la comunicación con el entorno. Cuando el lenguaje pierde esta capacidad y se transforma sólo en palabras articuladas, es un factor de riesgo, de tal suerte que para LACAN es lo que define a las psicosis. Este aspecto adquiere su importancia capital por ser la madre quien significa y posibilita el lenguaje. Entre las alteraciones cabría destacar:*

- a) *No adquisición: autismo infantil.*
- b) *Pérdida del lenguaje.*
- c) *Presencia de ecolalias, equivalente a las estereotipias pero en el lenguaje.*

- d) *Neologismos.*
 - e) *Ausencia de los dobles sentidos, etcétera.*
7. **Las fobias masivas.** *Responden a los siguientes criterios:*
- a) *Aparición precoz y poco organizadas, siendo ante situaciones precisas o a un objeto, pero siempre de forma idéntica.*
 - b) *Gran intensidad y con carácter encorsetante e invasivo.*
 - c) *Época de aparición: hacia los dos años.*
 - d) *Suelen aparecer a ruidos (tormentas), zumbidos (motores de electrodomésticos), determinados objetos, etcétera.*
 - e) *No se ven paliadas por la evitación, ni por razonamientos posibles, no con mecanismos contrafóbicos.*

La presentación de estas fobias masivas representaría la aparición de una brecha en el sistema defensivo, por lo que esos objetos fobógenos representarían un entorno particularmente agresivo y peligroso.

8. **Incapacidad de jugar.** *No es que el niño no juegue, sino que su juego ¡no tiene calidad de juego simbólico!*
- a) *Suele detectarse en el transcurso del segundo o tercer año.*
 - b) *Es un juego con ausencia de un principio y de un final.*
 - c) *Ausencia de control mágico sobre los elementos del juego.*
 - d) *Ausencia de organización del material de juego, el cual se realiza según un carácter inexpugnable que revela al niño/a.*

B. Signos menores: (tabla III)

1. **Trastornos del área oroalimenticia.** *Los trastornos alimenticios en la edad infantil son, posiblemente, los más frecuentes a la hora de las consultas en atención primaria, por lo que es importante cualificar estos trastornos:*

- a) *Trastornos precoces: defectos de succión, anorexias, vómitos, regurgitaciones, rumiaciones, rechazo del seno o biberón, etcétera.*
- b) *Trastornos entre los tres-seis meses: actitudes frente al cambio alimenticio y a la introducción de sabores nuevos. Es significativa la ausencia de diferenciación en los cambios de sabores cuando son introducidos nuevos. Esa ausencia de diferenciación hacia lo nuevo, lejos de representar algo "bueno", puede representar un factor de riesgo.*
- c) *Trastornos entre los seis-nueve meses: rechazo a la masticación o demora en la aparición de conductas tendentes a ella.*

2. **Trastornos del sueño.** *Son trastornos en que reúnen la importancia de ligarse a la vida afectiva y relacional de la niñ@, pues para la aparición del sueño se precisa que el niño/a invista previamente el entorno. En segundo lugar hay que considerar la calidad del sueño, la cual depende de la capacidad de investimento por parte de la madre y de la capacidad de la niña/o para aceptar este aporte materno. Se suele presentar como:*

- a) *Insomnios precoces desde el tercer mes de vida, ya que los del primer trimestre se pueden considerar como cólicos del lactante y tiene otra significación. Estos insomnios suelen presentarse en una de estas dos variedades:*
 - *Insomnio agitado: al poco de dormir se despierta con agitación, pudiendo aparecer movimientos de autoagresividad o de rocking.*
 - *Insomnio calmado: ojos abiertos, sin pestañear y acurrucamiento en un rincón de la cama; en muchas ocasiones pasa desapercibido.*
- b) *Son insomnios pertinaces y resistentes a los consejos y tratamientos convencionales habituales.*

3. **Ausencia del primer organizador del yo de Spitz al tercer mes de vida.** *Consiste en la aparición de la sonrisa ante el estímulo de la gestalt que representa el rostro de frente. Se carga significativamente por la importancia que representa para la madre ver al ver que es "reconocida" como objeto de amor. Esta ausencia se explica como el rechazo defensivo de la niña/o para investir el mundo que le rodea.*

4. **Ausencia del segundo organizador del yo de Spitz entre el sexto y el doceavo mes de vida.** *Dicho organizador se exterioriza como la presencia del llanto y angustia ante*

el extraño o ante la marcha de la madre. Las bases teóricas se pueden encontrar, con otras denominaciones y significaciones, en otros autores: objeto total y angustia de separación, posición depresiva, la mismidad, etc., todos estos aspectos se basan en el juego del carrete descrito por FREUD y reformulado por LACAN. La no presencia de esta angustia remite a una indiferencia ante todo lo externo.

5. **Trastornos de conducta graves con auto y/o heteroagresividad indiscriminadas.** Sobre todo son valorables los contenidos de la autoagresividad, en tanto no reconocimiento o extrañamiento de la imagen corporal y un intento destructivo de algo que pudiera ser vivido como peligroso. En ocasiones son interpretadas estas actitudes como movimientos de estereotipia. En cuanto a la conducta general podría decirse que son los llamados "niños raros", en todos los órdenes, con reacciones desproporcionadas o desmesuradas ante el estímulo recibido.

6. **Trastornos del aprendizaje.** Suelen ser trastornos hacía el déficit en una o varias áreas del proceso de aprendizaje, pudiendo presentarse de forma disarmónica, afectando sobre todo al área del lenguaje. Cuando se les pasan pruebas intelectuales, el CI suele dar cifras disminuidas, pero es expresión de una pseudodeficiencia, ya que en las pruebas analíticas se demuestra que el área manipulativa adquiere un desfase en relación al área verbal en detrimento de éste. Por otro lado, hay que cuestionarse seriamente el empleo de este tipo de test en los niñ@s en que se sospeche una organización psicótica, pues los resultados van a salir falseados, no son fiables ni determinantes de nada, por tanto: una organización psicótica de la personalidad representa una contraindicación formal para dar crédito, en exclusiva, a una determinación de CI.

7. **La (pseudo)hipermadurez de las niñ@s.** Algunos trabajos prospectivos sobre este tipo de presentación de los problemas de la infancia se están empezando a realizar; en una valoración retrospectiva de estudio longitudinal realizado en Ginebra se ha llamado la atención sobre algunos niñ@s considerados "muy" maduros para su etapa evolutiva y pulsional como un signo que debiera considerarse como de seguimiento, sin connotación previa, pues pudiera comportar un aspecto defensivo frente a organizaciones psicóticas. No obstante, hay que ser muy cautos por la escasez de este tipo de estudios en el momento actual.

8. **Los trastornos psicósomáticos graves.** La importancia de la clínica psicósomática, desde los estudios de MARTY y la escuela francesa, ha puesto de manifiesto que, en muchas ocasiones, la aparición de este tipo de manifestaciones clínicas puede ser un elemento estructurante para la personalidad, tomando el cuerpo como referencia. Pero en otras ocasiones puede originar una desestructuración o ser la expresión de esa desestructuración, al ubicar una relación desde el lugar de muerte, tal puede ser el caso de algunas afecciones graves: GUILLES DE LA TOURETTE, colitis ulcerohemorrágica, afecciones dérmicas severas, etcétera. Un amplio estudio sobre estas

cuestiones del papel de "las emociones" en el desencadenamiento de las afecciones psicosomáticas y del "desorden" en el funcionamiento corporal y estructural del individuo ha sido recientemente realizado por ROF CARBALLO.

C. Valoración de los signos de alarma recogidos

Con anterioridad se ha insistido en las características generales de estos signos de alarma (tabla I) a las que se deben de añadir:

1. **Valoración cuantitativa:** *se precisan, al menos, la presencia de cuatro signos mayores y de cuatro signos menores para que las organizaciones puedan ser consideradas como prepsicóticas o psicóticas.*
2. **Valoración cualitativa:**
 - a) *Como signos de alarma que son, es preciso un seguimiento cercano y evolutivo, pero no alarmista, haciendo un holding adecuado al ambiente familiar e individual de ese ser infantil, con la necesaria supervisión por un equipo de salud mental infantil.*
 - b) *hay algunos signos menores que adquieren tal grado en un "après coup" a su detección originaria. En concreto esta cuestión es fundamental en el caso de la ausencia de los primeros organizadores del yo de Spitz que se resignifican entre sí, pero adquieren su validación en un "après coup" en la alteración ante el espejo y las alteraciones del lenguaje.*

CONCLUSIONES

Hay elementos que son recogidos en las historias clínicas de pediatría que luego pueden "perdersse", pues su recogida suele ser mecánica; una atenta lectura nos podría poner en la pista de importantes alteraciones estructurales de la personalidad infantil.

La importancia capital de la detección, seguimiento, atención, derivación a un servicio especializado y el control posterior, recaen en la pediatría de atención primaria, sobre todo cuando se instaure la cartilla de salud infantil y se utilice de forma generalizada, más allá de los formulismos mecanicistas.

El trabajo en equipo multi e interdisciplinario ayudará a la correcta valoración y significación de estos signos de alarma, sobre todo cuando la salud mental infantil se atienda en relación con los equipos de atención primaria y actúen de forma integrada e integral en el seno de cada zona básica de salud o en un conjunto de ellas de fácil acceso y comunicación.

NOTA ACLARATORIA

En todo el artículo se hace referencia a la madre y se realiza en el sentido de "función madre", en tanto lugar de estructura de LEVI-STRAUSS y que en términos dinámicos ha sido expresado por WINNICOTT y actualizado por MELENDO.

TABLA I

CARACTERES DE LOS SIGNOS DE ALARMA EN LA EVOLUCION HACIA LAS PSICOSIS INFANTILES

- 1^a. *Ninguno de ellos es patognomónico de forma aislada.*
- 2^a. *Pueden encontrarse en el desarrollo normal.*
- 3^a. *Factores de riesgo:*
 - *Asociación de varios de ellos.*
 - *Persistencia en el tiempo.*
 - *Irreductibilidad a tratamientos convencionales.*

TABLA II

SIGNOS MAYORES DE ALARMA EN LA EVOLUCION HACIA LAS PSICOSIS INFANTILES

- I Trastornos psicossomotores y del tono*
- II Caracteres peculiares de la mirada*
- III Reacciones ante el espejo alteradas.*
- IV Ausencia o alteración cualitativa y/o temporal de los objetos transicionales.*
- V Presencia de estereotipias.*
- VI Alteraciones estructurales del lenguaje.*
- VII Fobias masivas.*
- VIII Ausencia y alteraciones del juego simbólico.*

TABLA III

SIGNOS MENORES DE ALARMA EN LA EVOLUCION HACIA LAS PSICOSIS INFANTILES

- A. Trastornos de la alimentación.*
- B. Trastorno del sueño.*
- C. Ausencia del primer organizador del yo al tercer mes.*
- D. Ausencia del segundo organizador del yo entre el sexto y el doceavo mes.*
- E. Trastornos graves de la agresividad y conducta.*
- F. Trastornos de aprendizaje de forma disarmónica.*
- G. Aparente hipermadurez.*
- H. Trastornos psicossomáticos graves.*

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo se ha podido realizar por el enriquecimiento y la paciencia que aportaron una serie de compañeros y compañeras, entre los que quisiera destacar los componentes del Equipo de la Unidad de Salud Mental Infantil de Avilés; a los doctores: F.MENENDEZ, V.MIRA y E.SERRANO; así como a los psicólogos doctores F.ESTEVEZ y E.SARDINERO.

BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA, J y MARCELLI, D: Manual de psicopatología del niño. Ed. Toray-Masson. Barcelona, 1982, páginas 85-96.
- BERGERET, J: La personalidad normal y patológica. Editorial Gedisa. Barcelona, 1980, pp. 95-225.
- BETELHEIM, B.: La fortaleza vacía. Ed. Laia. Barcelona, 2ª edición, 1977, pp.23-33.
- BOWLBY, J: El vínculo afectivo. Ed. Paidós, Buenos Aires 1976, pp. 85-107.
- CAPLAN, G: Principios de psiquiatría preventiva. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1980, pp. 43-135.
- DIATKINE R, y SIMON J: El psicoanálisis precoz. Editorial Siglo XXI. México, 1975, pp. 17-23.
- DOLTO, F: La dificultad de vivir. Tomo I. Ed. Gedisa. Barcelona, 1982, pp. 35-103.
- ERIKSON, E: Infancia y sociedad. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1980, pp. 222-251.
- FOUCAULT, M: El nacimiento de la clínica. Ed. Siglo XXI. México, 5ª edición, 1978, pp. 129-177.
- FREUD.A: Las relaciones entre pediatría y psicología del niño. Hexágono Roche, 1978, 1: pp, 1-11.
- FREUD, S: Más allá del principio del placer. Obras completas. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, tomo III, páginas 2507-2541.
- FROMM, E: El arte de amar. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1976, pp. 60-85.
- GEISSMANN, CL. y GEISSMANN, P: L'enfant et sa psychouse. Ed. Dunod. París, 1984, pp. 135-158.
- JASPERS, K: Psicopatología general. 4ª edición. Editorial Beta. Buenos Aires, 1977, pp. 214-219.
- KANNER, L. y LESER, LI: Early infantile autism. En Pediatric Clinic of North America. Philadelphia, Saunder, 1958, vol. V, pp. 711-730.
- KLEIN, M: Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. Obras completas. Ed.Paidós. Buenos Aires, 1974. Tomo III, pp. 187-195.
- KREISLER, L: L'enfant du desordre psychosomatique. Editorial Privat. Toulouse, 1981, pp.70-75.
- LACAN, J. Escritos. Ed.Siglo XXI, 8ª edición, México, 1980, Tomo I, pp. 11-21.
- LACAN, J: Las psicosis. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1984, pp. 107-129.

- LANG, JL: Aux frontières de la psychose infantile. Editorial PUF. París, 1978, pp. 15-21 y 127-191.
- LANG, JL: Introducción a la psicopatología infantil. Editorial Paraninfo. Madrid, 1985, pp. 67-190.
- LEOVICI, S: Le devenir des psychoses infantiles. Editorial PUF, París, pp. 96-109.
- LEFORT, R y LEFORT, R: El nacimiento del otro. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1983, pp 23-33.
- LOPEZ, F: La socialización: la vinculación afectiva. *Pediatika*, 1984, IV, 5:37-47.
- MAHLER, M: Simbiosis humana: Vicisitudes de la individuación. Ed. Joaquín Mortiz. México, 1972, pp. 24-199.
- MANNONI, M: El niño retardado y su madre. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1982, pp. 53-61.
- MANZANO, J. y PALACIOS, F: Estudio longitudinal en un centro de psiquiatría infantil sobre la incidencia y evolución de los cuadros. En I Jornadas Internacionales sobre Psicología de la Adolescencia. Madrid, 1982.
- MARTY, P: Los movimientos individuales de vida y muerte. Ed. Toray. Barcelona, 1984, pp. 153-168.
- MAZET, Ph y HOUZEL, D: Psiquiatría del niño y del adolescente. Ed. Médica y Técnica. Barcelona, 1981, página 174.
- MELENDO, JJ: La relación madre-hijo desde el punto de vista psicoanalítico. En Función madre: Psicología sociología y antropología. Coordinador: JL.Pedreira Massa. En editorial.
- MENENDEZ OSORIO, F.: El insomnio del niño en la primera infancia. *Jano*, 1977, 266:17-22.
- MENENDEZ OSORIO, F: El síntoma psíquico y psicossomático en la infancia: Análisis, psicodinámica y estructuralista. *An Esp Pediatr*. 1980,13: 1091-2001.
- MISES, R: El niño deficiente mental. Ed. Amorrurtu. Buenos Aires, 1977, pp. 161-264.
- NAVARRO, V: National health insurance and the strategy for change. *Health and Society* 1973, vol V.2: 223-251.
- PEDREIRA MASA, J.L. y MENENDEZ OSORIO, F: El síntoma psicossomático en la infancia: Valoración psicodinámica. *Rev.Asoc.Esp.Neuropsiquiatr*. 1981, vol.I, 0:81-93.
- PEDREIRA MASSA, JL: Actuación de programas especiales en el Servicio Nacional de Salud. En Introducción a la Salud Pública. Ed. Colegio Oficial de DUE y ATS de Avila, 1984, pp. 49-79.
- ROF CARBALLO, J: Teoría y práctica psicossomática. Editorial Desclée de Brouwer, S.A. Bilbao, 1984, pp. 339-434.
- SAMI-ALI: Cuerpo real, cuerpo imaginario. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1979, pp. 31-43.
- SAMI-ALI: Alopèces et personnalité psychotique chez l'enfant. Ed. Dunod. París, 1985, pp. 20-76.

- SAN MARTIN, H: Salud comunitaria: Teoría y práctica. Editorial Díaz de Santos. Madrid, 1984, pp 137-169.
- SCHILDER, P: Imagen y apariencia del cuerpo humano. Editorial Paidos, Buenos Aries, 1978, pp. 15-57.
- SOULE, M; DREISLER, L. y FAIM, M: El niño y su cuerpo. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1980, pp. 15-35.
- SPERLING, M: Psychosomatic disorders in childhood. Editorial Jasson Aronson. New York, 1977, pp. 61-243.
- SPITZ, R: El primer año en la vida del niño. Ed. Aguilar. Madrid, 1978, pp.33-54.
- TUSTIN, F: Autistic states in children. Ed.Routlege and Kegan Paul, London, 1983, pp. 87-125.
- TUSTIN, F: Autismo y psicosis infantiles. Ed. Paidos, Buenos Aires, 1984, pp. 69-101.
- WINNICOTT, D W: La mente y su relación con el psiquesoma. En Escritos de pediatría y psicoanálisis. Ed. Laia. Barcelona, 1979, pp. 331-347.
- WINNICOTT, DM: Psiconeurosis oculares de la infancia. En op.cit., pp. 123-131.
- WINNICOTT, D W: Objetos transicionales y fenómenos transicionales. En Realidad y juego. Ed. Gedisa. Barcelona, 1979, pp. 17-47.
- WINNICOTT, DW: ¿Porqué juegan los niños? En El niño y el mundo externo. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1965, pp. 154-159.
- WINNICOTT, D W: La posición depresiva en el desarrollo emocional. En Escritos de pediatría y psicoanálisis. Ed.Laia. Barcelona, 1979, pp.357-377.