

ATENCIÓN INTEGRAL A LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN LA INFANCIA. CENTRO DE DÍA TERAPÉUTICO-EDUCATIVO DE ORTUELLA*

Begoña Solana Azurmendi**

RESUMEN

El abordaje de algunos niños con trastornos mentales graves y dificultades de integración escolar precisa de una atención intensiva e integral en un Centro de Día, que garantice la coherencia y la continuidad de las intervenciones, además de la atención al grupo familiar.

Se describen las características de un dispositivo asistencial destinado a este fin, resaltando la importancia del trabajo en equipo, en el que participan profesionales de la salud y de la educación, la atmósfera terapéutica, los diferentes programas asistenciales y los talleres educativos concebidos como mediaciones psicoterapéuticas.

Palabras Clave: Centro de día terapéutico-educativo, trastorno mental grave infantil, trabajo en equipo multidisciplinar, tratamiento intensivo e integral, atmósfera terapéutica, psicoterapia individual, psicoterapia grupal.

* Ponencia presentada en el I Congreso Regional y I Jornadas Nacionales de Hospitales de día-terapia intensiva de niños y adolescentes que bajo el título: "Hospitales de Día de niños y adolescentes" tuvo lugar el viernes 22 y sábado 23 de mayo de 2009 en Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

** Psiquiatra-psicoterapeuta. Centro de Día de Ortuella / Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de Uribe Kosta (Vizcaya).
E-mail: begona.solanaazurmendi@osakidetza.net

ABSTRACT

COMPREHENSIVE ASSISTANCE FOR CHILDREN WITH SEVERE MENTAL DISORDERS. A DUAL THERAPEUTIC-EDUCATIVE DAYCARE CENTER. Some of the children with severe mental pathology and difficulties in their school integration need an intensive, comprehensive and complete assistance in a Daycare Center. This center must guarantee the adequate consistency and continuation of the interventions used with children and their families, and in this work we will describe its features. Some of the main characteristics of this service are the multiprofessional team, with both Mental Health and Education specialists, the therapeutic atmosphere established, the different and specific assistance programs designed and the educational workshops created as psychotherapeutic tools.

Key Words: Therapeutic-educative daycare center, children severe mental pathology, multiprofessional team work, intensive and complete treatment, therapeutic atmosphere, individual psychotherapy, group psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

La Unidad Terapéutico-Educativa es fruto de un convenio entre el Departamento de Educación del Gobierno Vasco y el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), con el objetivo de prestar atención intensiva e integral a niños con trastornos psiquiátricos graves que presentan dificultades para ser asumidos, en un momento determinado, por el entorno escolar normalizado y /o el Centro de Salud Mental.

La Unidad comenzó la actividad asistencial en Noviembre del año 2000 en Sondika (Bizkaia). Inicialmente también participó en el convenio una entidad bancaria (BBK) que cedía una parte de sus instalaciones en el Colegio de Educación Especial La Ola. En Septiembre de 2007 se produce un cambio en la ubicación geográfica de la Unidad pasando de Sondika a Ortuella y desligándose la BBK del convenio. Hasta la fecha se han atendido 63 niños. Es un recurso de ámbito suprasectorial para el Territorio de Vizcaya.

RECURSOS HUMANOS

El personal, dependiente del Servicio Vasco de Salud y del Departamento de Educación, se constituye funcionalmente como un equipo multidisciplinar, contando con un coordinador sanitario y un coordinador educativo.

Equipo Sanitario:

- 1 Médico psiquiatra – psicoterapeuta a media jornada. Coordinador sanitario.
- 1 Psicopedagogo- psicoterapeuta.
- 1 Enfermera especializada.

Equipo Educativo¹:

- 1 Coordinador del Área Educativa.
- 2 Profesoras especializadas (Pedagogía Terapéutica).
- 1 Maestro taller de Artes plásticas.
- 1 Profesor de deporte a media jornada.
- 1 Psicomotricista relacional.
- 1 Auxiliar de educación especial.

PERFIL DIAGNÓSTICO Y EDAD

Edad: de 6 a 12 años.

Estar diagnosticado de:

- Trastorno psicótico.
- Trastorno grave de la personalidad.
- Otros trastornos que por su gravedad no puedan abordarse desde un centro de salud, ni en un entorno escolar normalizado.

Exclusiones: Autismo, cuadros deficitarios severos, trastorno disocial.

Plazas: 10

¹ El coordinador educativo, profesor de deporte y conserje están compartidos con la Unidad de adolescentes.

DERIVACIÓN

El proceso de derivación se realiza de acuerdo al protocolo elaborado conjuntamente por el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) y el Departamento de Educación. Se requiere:

- Propuesta del Centro de Salud Mental.
- Propuesta del técnico del Equipo de Orientación Psico-pedagógica (Berritzegune).
- Consentimiento informado de los padres o tutores.
- Aprobación por la Comisión Técnica del Centro de Día.

ENCUADRE

La estancia se plantea de forma temporal, con el objetivo de conseguir su reintegración al centro escolar de procedencia. En cuanto es posible, los niños acuden por las tardes a sus centros escolares. Esto va a permitir asegurar allí su lugar, sus vínculos y los recursos pedagógicos de apoyo. En la medida que se alcanza una mejoría clínica, se va ampliando gradualmente su inserción en el centro escolar con el que se mantiene una estrecha coordinación.

Cada situación de integración es particular y cada proyecto individual se personaliza y ajusta de forma permanente. La ventaja de esta escolarización compartida es que permite establecer una serie de triangulaciones muy beneficiosas para el niño. El Centro dispone de transporte para realizar los desplazamientos.

El calendario escolar es el normalizado, de Septiembre a Junio. Durante las vacaciones escolares el equipo clínico mantiene las actividades terapéuticas con los niños y sus familias. La estancia media se sitúa en torno al año y medio.

ACOGIDA EN EL CENTRO

No es sólo el tiempo para acoger la demanda y determinar la adecuación del recurso al niño sino que es también el de analizar la posición de los diferentes agentes que la realizan, conocer las condiciones que la han generado y las expectativas que tienen sobre la Unidad. En este periodo se establecen

los acuerdos mínimos con los derivantes, las familias y los niños, para que la intervención sea lo más eficaz posible. Con este objetivo se realiza:

- a) Un trabajo con los agentes derivantes: Si la derivación viene precipitada por los conflictos originados en el centro de origen, sin que se haya elaborado una demanda de tratamiento, las resistencias de los padres y el niño se acrecientan.
- b) Un trabajo de la demanda y el consentimiento de los padres: Se trata de ayudarles a aceptar la Unidad como un recurso más especializado de la red educativo-sanitaria, pero no por ello segregativo.
- c) Trabajo de la demanda y consentimiento del niño: Desde las primeras entrevistas se empieza a trabajar con el niño la idea de que para poder ayudarle tenemos que poder conversar de lo que le pasa, de sus problemas. Se trata de crear las condiciones para que se pueda pasar de objeto de la demanda a sujeto de la demanda. Previo a la admisión, se realiza un periodo de vinculación en el que el niño asiste a la Unidad a tiempo parcial durante dos semanas. En este tiempo no participa de los talleres grupales, manteniendo únicamente encuentros individuales con diferentes profesionales.

PERFIL Y FUNCIONAMIENTO MENTAL DE LOS NIÑOS

En general, se reciben niños diagnosticados de psicosis² y trastornos graves de la personalidad. Al margen de las particularidades y diferencias evolutivas de los niños, la mayoría comparten en mayor o menor grado características del **núcleo estructural psicótico** que incluye: una indiferenciación entre el yo y el otro, identidad personal difusa, falta de una imagen corporal unificada, predominio del proceso primario sobre el secundario, existencia de angustias primarias y mecanismos de defensa arcaicos. La angustia de aniquilamiento y de desintegración suele estar presente. Así, ante la mínima frustración

² Para simplificar la exposición se utilizará de forma genérica el término “niño psicótico”, para referirnos al niño con trastorno mental grave.

o confrontación con la dificultad, vivencian todo tipo de angustias catastróficas, a veces verbalizadas y la mayor parte actuadas en forma de conductas bizarras, disruptivas o por el contrario, inhibiciones masivas. Tienen gran dificultad para pensar, comunicar y en definitiva para simbolizar.

En el lenguaje aparecen trastornos evidentes. El esquema comunicacional está alterado y parasitado por fenómenos de carácter persecutorio y autorreferencial o de literalidad y de aquí la gran dificultad para hacer lazo social. El lenguaje simbólico, metafórico, les confunde. El psicótico acostumbra a tratar a la palabra como si fuera la cosa. A menudo, en su discurso abundan las frases hechas, tomadas de los otros en su literalidad, pero es un discurso vacío de significación subjetiva. Se evidencia que el niño es hablado por el Otro, que no tiene enunciación propia. Con frecuencia, cuando llegan a la Unidad, no soportan que nos dirijamos a ellos de forma directa, no pudiendo escuchar al interlocutor. Se sienten perseguidos fácilmente por la palabra y la mirada. Con el fin de apaciguar estas angustias se utilizan diversas estrategias como favorecer conversaciones trianguladas y cultivar la actitud de “estar distraídamente atento”.

Debido al predominio de la temporalidad libidinal, hay una gran dificultad para tolerar la espera y esto hace que vivan en un presente continuo, en el que no hay pasado ni futuro. Como consecuencia de sus dificultades de simbolización, tienen serios problemas para aceptar la norma y los límites. Al margen de la particularidad de cada niño, se aprecian ciertas características comunes:

- a) Dificultades con el saber y no solo en relación con los aprendizajes escolares sino con el saber respecto a sí mismos y a las cuestiones más vitales de la existencia.
- b) Su manera de tratar la angustia suele ser a través del:
 - Pasaje al acto.
 - No querer saber sobre el malestar que les invade.
 - Oposicionismo.
 - Imputar a los otros su malestar.
- c) Dificultades para hacer lazo social. Temen la relación afectiva con los otros, porque continuamente se activa

la amenaza de desintegración y/o el pánico a la invasión-intrusión. Y todo esto coexiste, simultáneamente, con un deseo desesperado de relación y de contención. Necesitan una relación estable, de confianza y con garantía, en la que a través de los diferentes encuentros puedan confiar y evolucionar. Así, el problema es el vínculo y el vínculo es la solución (Lasa, A. 2001).

ATMÓSFERA TERAPÉUTICA EN EL CENTRO

Aunque existen unas actividades orientadas desde una perspectiva más clínica y actividades con un contenido más educativo, toda la estructura se concibe como terapéutica. En la Unidad se trata de responder de la manera más adecuada al niño, privilegiando lo particular frente a lo general, al contrario del funcionamiento habitual en el marco escolar normalizado. No existe una solución universal para la psicosis sino que nos enfrentamos a soluciones particulares.

La Institución terapéutica, en general, tiene entre otras funciones favorecer encuentros y mediaciones a aquellos que tienen dificultades para hacer lazo social. Y sobre todo, tiene la función de ofrecer un Gran Otro al niño psicótico que está muy fijado a un tipo de relación de objeto, fijación patógena que no cesa de producir y que convoca a los demás a repetirla y perpetuarla. Para que el psicótico pueda pasar del lugar de objeto al lugar de sujeto, se necesita un cambio en la posición del Otro. El niño va a repetir y nosotros somos la oportunidad de romper, de rectificar ese Otro. De ahí la importancia de que se le pueda ofrecer "otra relación" que le permita salir de esa vida mortificante. Sabemos de su vulnerabilidad, del temor a la relación afectiva y la necesidad de establecer una distancia que le proteja. Se acepta esta particularidad, respetando sus tiempos, sin proponerle actividades o relaciones que pueda vivir como demasiado invasivas. Para el psicótico, el Otro es alguien que lo sabe y puede todo, que le da órdenes de las cuales no puede desprenderse, que le persigue, en definitiva. Esto no lo puede expresar el niño de forma manifiesta sino que lo hace más bien a través de conductas extrañas, agresivas o

disruptivas. Por ello, la posición del adulto es evitar encarnar a ese Otro persecutorio, omnipotente y sin falta, siendo su responsabilidad encontrar “la buena distancia” y mostrarse como un “adulto regulado” (Di Ciaccia, A. 2003).

Trabajar con esta orientación implica que los profesionales hagamos una diferenciación entre lo que tenemos que saber y lo que no tenemos que saber. Es muy importante mantener esta actitud de “saber no saber”, renunciando a hacer interpretaciones sobre su conducta, aunque interesándonos por lo que nos muestra. Es preciso hacer este vacío para que ahí se pueda alojar el saber del niño. Aquí reside la diferencia con algunos enfoques educativos y también clínicos, que es tratar la psicosis como un déficit y no como un proceso donde el pensamiento y el lenguaje están contaminados por fantasías primarias amenazantes. Estos enfoques niegan la función de las fantasías inconscientes y actúan con la hipótesis de que el psicótico no sabe y hay que enseñarle, en lugar de partir de la base de que él si sabe, aunque tenga una visión muy particular del mundo, su visión psicótica. Con nuestro saber, impedimos que el niño elabore el suyo. Es por esta razón que necesita percibir que el Otro no lo sabe todo. El niño psicótico tiene que hacer su propio trabajo de mentalización y para ello necesita nuestra ayuda con el fin de conseguir: habitar su cuerpo simbólicamente, ubicarse en un mundo vivido como peligroso, y tener en cuenta al Otro sin que represente una amenaza.

PROGRAMAS

- a) Tratamiento Individual: psicoterapia, psicomotricidad relacional, tratamiento farmacológico
- b) Tratamiento grupal
- c) Trabajo con la familia: orientación, psicoterapia, grupo multifamiliar
- d) Trabajo en equipo
- e) Trabajo en red: consiste en la creación y articulación de un marco protegido en el que pueda transitar el niño y que favorezca su desarrollo. Con este objetivo se realizan coordinaciones con:

- Servicios Escolares (Centros Escolares, Equipos de Orientación psicopedagógica).
- Servicios Sanitarios (Centros de Salud Mental, Atención Primaria, Unidad de Hospitalización).
- Servicios Socio-comunitarios (Servicios Sociales de base, Programas de ocio protegido, Equipos de intervención socio-familiar, Servicio de Protección a la Infancia).

El Centro Terapéutico-Educativo constituye el pivote alrededor del que se establecen las articulaciones en red, siendo la institución responsable de asegurar la coherencia y la continuidad del proyecto terapéutico común. Resulta esencial que los lugares y las funciones de todos los participantes estén claramente definidas y diferenciadas.

TRATAMIENTO INDIVIDUAL

A cada niño se le ofrece un espacio terapéutico individual adaptado a su nivel evolutivo. En aquellos con un mayor predominio del proceso primario, existe una confusión mental, dónde los recuerdos y vivencias corporales coexisten sin conexión ni ubicación en el espacio- tiempo y sin poderlos articular en una historia personal (Vilá, F. 2001). Se trata de ayudarles a ordenar ese caos para que sean capaces de construir su historia y favorecer el proceso de subjetivación, establecer un yo separado y encontrar defensas más adaptativas.

TALLERES

Al comienzo, en general, no se proponen aprendizajes escolares reglados, salvo que el niño consienta expresamente. La razón es que suelen manifestar un franco rechazo. Con frecuencia, y como expresión del proceso de individuación, el niño presenta un comportamiento negativista o de oposición. Puede entenderse como una defensa ante el temor extremo a someterse al deseo del Otro, pues esta sumisión representaría la pérdida de la identidad o la desorganización total. Este temor a someterse al deseo del Otro es una constante en la

relación del niño con el mundo. La salida de este conflicto es decisiva para su evolución y, por lo tanto, su manejo representa una de las tareas fundamentales del equipo. Posteriormente, cuando el niño ha adquirido una organización y una identidad suficientemente estable, es cuando tienen sentido las actividades escolares regladas (Manzano, J.; Palacio-Espasa, F. 1984).

La mayoría de las actividades se realizan en pequeño grupo. En sentido amplio, los llamamos talleres. Algunos son fijos y otros variables. Se realizan diversas agrupaciones de los niños en función de su estado evolutivo y capacidades. El objetivo de los talleres es movilizar las capacidades actuales del niño partiendo de los intereses que él mismo va a poder expresar con el apoyo de los educadores. Se trata de hacer cualquier taller que permita un "buen encuentro" para lo que es válido cualquier tema, máxime si proviene del interés del niño (cocina, manualidades, música, teatro, huerto, deporte, juegos de mesa, lectura de cuentos, etc.). Es importante que el adulto tenga interés en esa actividad ya que solo así se podrá causar el interés del niño. Se trata de crear el gusto por el saber, lo simbólico, y que lo nuevo no sea persecutorio sino que lo puedan disfrutar en compañía. Desde esta perspectiva, los talleres educativos se convierten en auténticas mediaciones psicoterapéuticas. El educador está participando en un proyecto de orientación psicoterapéutica, pero conserva su función específica, es decir, está orientado hacia la adquisición de conocimientos y la apertura a intereses socio-culturales. A través de las experiencias vividas, el niño adquiere confianza en su capacidad de realización; todo ello va generando una seguridad interna, un placer en el funcionamiento mental que, posteriormente, podrá traspasar al registro escolar (Manzano, J. 2002).

Una experiencia de creación de un taller como respuesta a un conflicto institucional

Todo empezó a raíz de las grandes dificultades relacionales que presentaba un chico afectado de psicosis con rasgos autísticos. En su estrategia defensiva, empezó a traer su consola a la Unidad. Al principio, la usaba únicamente en los desplaza-

mientos y en los descansos, pero después ya no podía separarse de su objeto y contra la voluntad de los educadores la introducía en los diferentes talleres. Algunos de sus compañeros, se adhirieron a su conducta y empezaron a traer también sus consolas. Los educadores no conseguían regular este asunto.

Sin embargo, había algo positivo en esta situación conflictiva y era que este chico, que hasta entonces había sido ignorado o burlado por sus compañeros, dada su mayor gravedad y distorsión del juicio de realidad, empezaba a ser interesante para ellos ya que era un hábil jugador. En este contexto, la psicoterapeuta (María Verdejo) resolvió el problema de forma imaginativa, dando unas coordenadas simbólicas de tiempo y espacio al objeto consola, creando un nuevo taller, el "Taller de Consolas". Esta propuesta tuvo un efecto de apaciguamiento en los chicos, que se prestaron a colaborar inmediatamente al ser tenidos en cuenta en sus intereses. Se reguló la conducta, dejaron de utilizar las consolas de manera anárquica y colaboraron en la preparación del taller. Finalmente, hubo que pedir a la Dirección la aprobación de la puesta en marcha del taller. Este último requisito es una estrategia que resulta útil para incluir la intervención del tercero, de la ley, y por lo tanto, favorecer el proceso secundario, ya que hay que escribir, dar argumentos y dirigirse al Otro para pedir. Y también sirve para que el niño nos perciba como adultos regulados, que no son caprichosos ni omnipotentes, y que también están regulados por la ley. Estas maniobras, permiten construir una demanda y trabajar la espera.

Una vez autorizado el taller, los chicos traían ese día sus consolas. Algunos se las prestaron a los que no tenían y la Dirección las proporcionó más adelante, cuando este taller se consolidó, siendo uno de los preferidos por los chicos más evolucionados. Al principio, cada niño jugaba a solas concentrando la mirada en su consola. Paulatinamente, empezaron a hablarse, a pedirse ayuda unos a otros para superar niveles y ganar premios. Cesaron las descalificaciones y los insultos hasta entonces habitualmente presentes en sus relaciones. El que más sabía y por quien había empezado todo el asunto, se

enfadaba porque le preguntaban constantemente y se quejaba de que perdía tiempo de su juego. El adulto hacía respetar el tiempo de este chico y se decidió que las preguntas se le podían hacer al final. Algunos, muy impulsivos, se apoderaban bruscamente de la máquina del compañero cuando tenían que enseñarle algo, invadiéndole en su espacio. Entonces el adulto mediaba, aclarando que no se trataba de hacer sino de explicarlo con palabras. El más avezado empezó a llevar al taller unas guías de instrucciones de los juegos. La mayoría empezaron a leerlas por primera vez, buscaban en Internet, hablaban con sus familiares y conocidos con lo que se favorecía la socialización dentro y fuera del taller. Más adelante, fueron capaces de jugar en equipos, creándose un sentido de pertenencia al grupo, aprendiendo a soportar la frustración individual en favor del objetivo colectivo.

NORMAS Y LÍMITES

La mayoría de estos niños tienen dificultades para aceptar los límites y las normas. A veces, su precariedad simbólica les conduce a conductas agresivas. Las prohibiciones y las medidas coercitivas no suelen dar resultado. Por el contrario, en nuestra experiencia, lo que siempre ayuda es extraer la lógica de los actos violentos. En muchas ocasiones, el origen de la violencia es el peligro que entraña para el niño la posibilidad de perder su lugar. El niño psicótico, que no ha podido asegurarse una identificación simbólica, está frecuentemente convocado a una identificación imaginaria y por eso entra con tanta facilidad en esa confrontación agresiva “o yo o tú”. Cada educador, con su conducta, debe favorecer el lugar del niño, siempre en peligro, para lograr así una identidad que no adquirió por filiación.

Cuando se produce un hecho inadmisibles, se dice No a la conducta pero desde la confianza del Si fundamental al sujeto. Es decir, el hecho es inadmisibles pero el lugar del sujeto se mantiene. Esta escisión entre acto y sujeto facilita la aceptación del No. De no hacerse así, el niño acostumbra recibir el No como un rechazo a su ser (Coccoz, V. 2001).

EQUIPO

Se trata de un trabajo interdisciplinar. Una de las tareas fundamentales es la elaboración conjunta del proyecto de atención individual para cada niño, flexible y ajustado de forma periódica. Con el objetivo de facilitar el seguimiento del plan se constituye una díada funcional constituida por el terapeuta responsable y el tutor educativo.

Dada la estructura del Centro de Día, desde el comienzo nos vimos en la necesidad de hacer conciliar el discurso educativo y el discurso clínico (de orientación psicodinámica) tan divergentes en algunos aspectos. Ha sido necesario realizar un largo camino, no exento de dificultades, para articular y respetar lo propio de cada disciplina y aceptar los límites de cada una. Tras la experiencia de nueve años de trabajo conjunto, actualmente compartimos la tarea, cada uno desde su especificidad y función profesional, de tratar de entender las conductas del niño como defensas frente al malestar y lo insoportable. Hemos de leer las conductas y tratarlas como un mensaje a descifrar. Nuestro objetivo es transformar la conducta actuadora en acto de pensamiento. Tanto desde el ámbito educativo como desde el terapéutico, se trata de mentalizar.

Y respecto al saber en el equipo conviene plantearlo como un “saber a construir entre todos, un saber compartido”. Cada disciplina, cada práctica, encuentra sus propios límites al trabajar en este campo. Y son estas imposibilidades las que conviene compartir para mentalizar y decidir la estrategia más pertinente al caso. Lo que supone un obstáculo para cada miembro del equipo debe ser motivo de reflexión para el conjunto. Igualmente, es labor del equipo reflexionar sobre los síntomas y repeticiones inherentes a los procesos institucionales.

CONCLUSIONES

En general, la evolución que han experimentado los niños y sus familias ha sido muy satisfactoria. Se constata el beneficio que determinados niños obtienen de un tratamiento integral en una institución como el Centro de Día Terapéutico-Educativo y que para algunos, es la única forma de tratamiento, al

menos inicialmente. El trabajo conjunto entre profesionales de la salud y la educación, demuestra su eficacia en el abordaje de los trastornos mentales graves. A raíz de esta experiencia se han inaugurado recientemente en el País Vasco otras dos Unidades de similares características, una en Guipúzcoa y otra en Álava, además de la Unidad de Adolescentes en el Centro de Ortuella.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Alberto Lasa, impulsor de la creación del Centro y firme defensor de este modelo asistencial.

A María Verdejo, por sus estimulantes aportaciones al trabajo que compartimos.

A todo el equipo, cuyo esfuerzo y dedicación ha hecho posible este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

- BOLEA, E (2008). Conferencia en Bilbao sobre la Unidad Médico-Educativa Balmes de Sant Boi de Llobregat.
- BRIOLE, G. Orientarse con el psicoanálisis en la práctica institucional. *Revista Norte de Salud Mental*. Vol V nº 19. Págs. 34-40.
- BRUN, A (2009). *Mediaciones terapéuticas y psicosis infantil*. Herder Editorial.
- BURNAND, J, MANZANO, J, y PALACIO-ESPASA, F (1993). La acción terapéutica de los Centros. de Día. En: Manzano J, Palacio-Espasa F. *Las Terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía*. Pág. 153-165. Paidós.
- COCCOZ, V. (2001). Un lugar en el mundo. *Desarrollos actuales en la Investigación del Autismo y psicosis Infantil en el Área Mediterránea*. Ministerio Affari esteri. Direzione generale per la promozione e Cooperazione culturale. Ambasciata d'Italia. Madrid.
- DI CIACCIA, A. (2003). La practica "entre varios" en La Antenne 110. *Cuadernos de Psicoanálisis. Revista del Instituto del Campo Freudiano en España*. Ed. Eolia.

- ERRECONDO, M (1999). La clínica entre varios ante la psicosis infantil. *Revista Carretel* n.º 2.
- FAVRE, J-P., MIDENET, M., COUDROT, A. y COUDROT, M. (1983). *Psicopedagogía del niño psicótico*. Masson.
- HOCHMANN, J (2001). Tratamiento en institución de los niños psicóticos y autistas. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale-E-37-210-A-10*.
- JIMÉNEZ, A. y colab. (1996). *Estructuras intermedias: una experiencia concreta con niños graves*. *Revista de Psiquiatría infanto-juvenil*. N° 1/96.
- LASA, A. (2003). Hiperactividad y trastornos de la personalidad II: sobre la personalidad límite. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*. SEPYPNA, n° 35/36 Pág. 5-117.
- LASA, A. (2001) Ponencia “El niño psicótico: su organización mental y su capacidad de relación” en la *Jornada “La relación terapéutica y la relación pedagógica con el niño psicótico”*. Centro de Día Terapéutico - Educativo La Ola (Sondika). Vizcaya.
- LEDOUX, M. (1987). Concepciones psicoanalíticas de la psicosis infantil. Paidós.
- MANZANO, J. (2002) Ponencia “ Planteamientos terapéuticos y pedagógicos con el niño psicótico” en las II Jornadas sobre “*La relación terapéutica y la relación pedagógica con el niño psicótico*”. Centro de Día Terapéutico – Educativo La Ola (Sondika). Vizcaya.
- MANZANO, J; PALACIO-ESPASA, F (1984). Estudio sobre la Psicosis infantil. Editorial Científico Médica. Pág. 129-133.
- MAZET, P., HOUZEL, D. y BURZSTEJN, C.(2001). Autismo infantil y psicosis precoces del niño. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale -E-37-201-G-10*.
- MISÉS, R. (1994). Pathologies limites de l'enfance. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Paris), Psychiatrie, 37-201-A-30.
- VANECK, L (1986). Les psychoses infantiles et leurs perspectives thérapeutiques. Expériences en Hôpital de Jour. Le fil rouge. Presses universitaires de France.

- VILÁ, F. (2001). Actualidad de la clínica del Autismo. *Desarrollos actuales en la Investigación del Autismo y psicosis Infantil en el Área Mediterránea*. Ministerio Affari esteri. Direzione generale per la promozione e Cooperazione culturale. Ambasciata d'Italia. Madrid.
- ZENONI, A (2003). Orientación analítica en la institución psiquiátrica. *Revista Carretel* n° 5.