

## **INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL Y COORDINACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS\***

**Ana María Jiménez Pascual\*\***

### **INTRODUCCIÓN**

La infancia y adolescencia son periodos evolutivos cruciales, donde está presente lo bio-psico-social, aunque la interpretación de la importancia que tiene cada área en la génesis y la influencia en el desarrollo psíquico, es muy variable y controvertida. Aún hoy en día ante los problemas psíquicos que se puedan presentar en estas edades, existen diferentes equipos implicados para la atención de los mismos, siendo difícil en la práctica trabajar desde una visión integral e integrada, haciéndolo por lo general separadamente.

Los profesionales que trabajamos en dispositivos de Salud Mental para niños y adolescentes, no podemos olvidar que son personas en desarrollo y por tanto influenciables por el entorno; a su vez la propia sintomatología mental puede provocar reacciones en este mismo medio que produzcan de nuevo respuestas que aun empeoren más la situación; o bien

---

\* Ponencia presentada en el XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA), que bajo el título "La psicoterapia en nuevos contextos", se desarrolló en Las Palmas de Gran Canaria los días 25 y 26 de octubre de 2003.

\*\* Psiquiatra. Responsable de la USMIJ del Área Mancha-Centro.

por el contrario, la respuesta social (de la familia, del barrio, de la escuela...), acepte, contenga o integre al chico con ciertas dificultades o síntomas, favoreciendo su evolución.

No podemos pues por menos de ocuparnos también desde un enfoque psicoterapéutico, de esos lugares, intervenir para comprender cómo influyen en un niño o adolescente dado y para intentar favorecer que ese entorno cambie si es necesario, sobre todo facilitando la comprensión de la sintomatología que presenta y ayudando en su resolución.

Partimos pues de la necesidad de una coordinación y un trabajo interdisciplinar entre los distintos dispositivos que intervenimos en la infancia, pero que hasta ahora, en los casos que esto se hace, es de una forma totalmente voluntarista, sin que las distintas administraciones implicadas tomen una decisión de coordinación al respecto. Detrás de estas dificultades, todos sabemos que además de las parcelas de poder que parece haber miedo a perder, está la concepción del enfermar psíquico, donde en ocasiones parecería que lo emocional y relacional va perdiendo terreno a favor de lo orgánico (genético, neurológico) y lo conductual-educativo, por lo que nuestro espacio clínico se difumina, siendo ocupado más por psicopedagogos, neurólogos, pediatras incluso hasta urólogos (tratando ahora ellos ya en muchas ocasiones las enuresis funcionales).

Sin embargo los profesionales de Salud Mental infanto Juvenil, por nuestra formación y nuestro lugar en la clínica, aunando lo emocional, relacional y lo orgánico y cognitivo, podemos partir de una visión multifactorial integrada (no excluyente), donde comprender la estructuración psíquica y los mecanismos psicopatológicos, así como la dimensión relacional que puede estar influyendo, no niega la participación de otras posibles causas tanto en el funcionamiento psíquico, como en el origen del conflicto emocional.

Creo que nuestra esencia como psiquiatras de niños y adolescentes y de psicólogos clínicos, es poder abordar el trabajo desde estas premisas básicas.

## SALUD MENTAL, ESCUELA Y ÁMBITO SOCIAL

Desde el equipo de SMIJ partimos de que en el desarrollo armonioso del bebé influyen varios factores, entre los que podemos destacar en primer lugar las competencias propias del recién nacido, determinadas por su dotación genética, la posibilidad de un desarrollo neurológico correcto, ya que en el momento del nacimiento es aún incompleto, y de que pueda ir constituyendo un aparato psíquico fuerte, con unas bases cognitivas y emocionales sólidas. Estas tres áreas están íntimamente relacionadas, influyéndose mutuamente, sin que podamos dar prioridad a ninguna de ellas.

Uno de los pilares del desarrollo psíquico y emocional del niño y adolescente está fundamentalmente en **el contexto familiar**, en las interrelaciones primeras del niño con sus padres, así como de la personalidad y los conflictos de los mismos que pueden proyectar en el bebé.

Como factores de riesgo también están toda **situación social** que afecte a la estabilidad familiar, como el paro, marginación, emigración...

**El ámbito social** donde se desenvuelve el niño y adolescente es importante, no sólo si vive en núcleos de población o no marginales, con grandes bolsas de pobreza y delincuencia, sino también en situaciones sociales más normalizadas, como puede ser la zona donde yo desarrollo mi trabajo, al permitirle experiencias de igualdad y cooperación con los demás (como el juego, la amistad, vivencias de libertad sin el amparo de los padres o de los profesores...) o por el contrario crearle o aumentarle heridas narcisistas importantes, favoreciendo defensas bien de inhibición, bien maníacas, omnipotentes que le alejan cada vez más de un desarrollo armonioso, creándole cuotas de sufrimiento importantes.

Pero también de todos es sabido la importancia de **la escuela** para el desarrollo emocional del niño y adolescente. Nuestro lugar de trabajo no es la escuela, por ello las reflexio-

nes que a continuación comparto tienen que ver con la experiencia clínica, más que con un estudio concienzudo de este tema.

En términos generales destacaré que la escuela:

- Posibilita la entrada en un orden social (un Otro significativo) distinto del familiar (a través de horarios, normas de la escuela...), lo que facilita la socialización y la vida del niño en grupo.
- Permite ampliar identificaciones, tanto con adultos significativos (el maestro), como con los niños de la misma edad, enriqueciendo el proceso madurativo. En algunos casos donde el niño vive experiencias traumáticas en casa, le permiten esas identificaciones y las vivencias en la escuela, tener situaciones emocionales novedosas y estimulantes que modifican de alguna manera esas primeras experiencias difíciles.
- La adquisición de conocimientos posibilita un crecimiento y consolidación del Yo.
- Y todo ello contribuye a favorecer unas bases narcisistas más sólidas, que al permitir una buena autoestima, es fuente de estimulación y de crecimiento para el niño y el adolescente, posibilitando o favoreciendo que las crisis y conflictos acaecidos a lo largo del desarrollo puedan afrontarse de la mejor manera.

Por el contrario, a nadie se nos escapa que en ocasiones la escuela se convierte en un lugar de sufrimiento, viviendo algunos niños su entrada en la misma como una intrusión, una amenaza que rompe en ocasiones vivencias defensivas muy simbióticas, que incrementan defensas de inhibición aun mayor. A veces, algunos niños son blanco del sadismo de algún otro o de la omnipotencia fálica y en algunos casos de la omnipotencia maligna de otros, siendo para ambas partes experiencias por lo general poco madurativas, cuando fomentan por un lado la inhibición del uno y la grandiosidad exagerada del otro (narcisismo patológico).

El conflicto psíquico en el niño se va a manifestar de diferentes maneras en la escuela. En este sentido podemos establecer a groso modo tres grandes grupos:

1. Niños y adolescentes inhibidos (lo que a veces implica un gran sufrimiento interior), que suelen pasar desapercibidos durante mucho tiempo y por tanto no son ayudados.
2. Los chicos con trastornos de conducta (que también puede implicar un sufrimiento psíquico importante) son considerados con insuficiencia de normas y tratados a nivel conductual; en algunos casos si no se atiende a sus conflictos emocionales básicos, esta intervención puede ser generadora de mayor frustración y por tanto de cronificación y empeoramiento del conflicto.
3. Otro capítulo aparte sería el aprendizaje propiamente dicho, la importancia que tiene para el desarrollo emocional, pero también los trastornos psíquicos que puede haber en la base de muchos de estos problemas de aprendizaje y que desde el punto de vista clínico no son meros problemas instrumentales o cuadros de deficiencia mental justificables orgánicamente.

De todo ello se deduce la importancia que podría tener la participación de los ESMIJ, a través de programas de Promoción de la Salud Mental y de la Prevención de los Trastornos Mentales en el ámbito escolar y social. En este sentido, si en algunos casos vamos avanzando, es por la voluntad de los propios profesionales y no de los responsables de los organismos afectados.

Nuestro trabajo concreto en los Equipos de SMIJ, aunque se contemplan otras actuaciones, está prácticamente enfocado a la asistencia clínica. Pero no quería comenzar otro apartado sin constatar la necesidad de desarrollar otras visiones más enriquecedoras (que contemplen la promoción de la salud mental y la prevención), siendo imposible en la actualidad llevarlas a la práctica, no sólo por la falta de coordinación,

sino fundamentalmente por la falta de recursos humanos en los dispositivos clínicos.

## **LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS PSÍQUICOS: LA RELACIÓN DE LA USMIJ CON OTROS DISPOSITIVOS**

La mayoría de niños y adolescentes con trastornos mentales están escolarizados. Para algunas patologías el abordaje desde lo psicopedagógico está basado más en problemas madurativos y en trastornos del aprendizaje (esto ocurre con los problemas de esfínteres o con los trastornos de conducta. Los retrasos psicomotores suelen ser considerados problemas de tipo madurativo y los trastornos de aprendizaje propiamente dichos como problemas instrumentales o en ocasiones deficiencias intelectuales, difíciles de filiar, pero que parten de posibles causas orgánicas y que por tanto el tratamiento psicopedagógico pasa por la reeducación de todos estos aspectos).

En los niños pequeños esta misma concepción es la que suelen tener los Equipos de Atención Temprana, al menos en nuestra área sanitaria, tanto si dependen de Educación o de Bien-Estar Social.

Sin embargo sabemos la gran importancia que tienen las actuaciones preventivas en patología mental grave como las psicosis infantiles, ya que uno de los factores que favorecen el pronóstico es el abordaje precoz de esta patología. Esto mismo es esencial para los trastornos severos de conducta y los de aprendizaje que conllevan retraso intelectual, ya que muchos de estos casos obedecen a **disarmonías evolutivas**, detectables a partir de los 2, 3 años y por tanto la intervención precoz puede llevarse a cabo, a condición de que sean reconocidas como tales, ya que la mayoría de estos niños, por la sintomatología predominante en el inicio de retrasos en el desarrollo psicomotor y del lenguaje, suelen ser tratados en el mejor de los casos con terapias de reeducación o de estimu-

lación temprana, sin atender al funcionamiento psíquico global más amenazado, siendo el fallo en todo lo simbólico una de las características fundamentales.

De aquí se deduce ***un primer punto a plantearnos en la coordinación con otros dispositivos, y es la elaboración de protocolos de detección precoz de determinadas patologías mentales en niños.***

Ya he apuntado como el sufrimiento psíquico en el niño y adolescente puede manifestarse de diferente manera. En este trabajo destacaré los cuadros psicopatológicos que a mi entender nos comprometen más con la escuela.

Desde la clínica es importante insistir una vez más que antes de iniciar cualquier tratamiento es necesario hacer una valoración amplia, contando también con toda la historia relacional del niño y su estructuración psíquica y desde esta valoración ver que tratamiento es el más indicado .

No hay que olvidar que ciertos problemas acaecidos en los primeros momentos y años de la vida van a crear fallos en el desarrollo psíquico, que lógicamente tiene su correlato a nivel neuronal (y a la inversa, dificultades del desarrollo neuronal van a alterar esta estructuración psíquica dificultando este proceso), provocando fallos en la organización del psiquismo y posiblemente en la del SNC (recordemos la importancia que empieza a adquirir el estrés en relación con la liberación de dopamina y como esto puede estar involucrado en el desarrollo neuronal).

En las interrelación del niño con sus padres principalmente, podrá éste desarrollar y organizar su psiquismo, aunque el camino a recorrer por el niño, acompañado y ayudado por la figura materna/paterna, no es mecánico, no depende de un aprendizaje objetivo del mundo, muy por el contrario está cargado de sensaciones subjetivas, de emociones por ambas partes de la díada, que favorecen o entorpecen ese desarrollo.

Desde el punto de vista clínico, sobre todo desde una orientación psicodinámica y sin olvidar la posible implicación

orgánica que pueda haber, así como las capacidades y características cognitivas en cada caso, es imprescindible partir para una comprensión psicopatológica de un caso dado, del desarrollo emocional del niño y adolescente, lo que implica:

- Comprender las situaciones vivenciales de los propios padres, que pueden incidir en las interacciones precoces, a través de proyecciones importantes en el niño de sus propios conflictos inconscientes, corriendo el riesgo de verlo solamente bajo sus proyecciones y no pudiendo por tanto tener una individualidad propia.
- Conocer la historia personal del niño desde el embarazo, así como las situaciones relacionales vividas desde el nacimiento.
- Así mismo, es importante investigar el funcionamiento psíquico del niño, el tipo de relación con el Otro que establece, el tipo de ansiedades que presenta y a la vez, el tipo de mecanismos de defensa.

Si no se tienen en cuenta estos factores se corre el riesgo de encorsetar al niño en un diagnóstico (a veces con connotaciones nefastas) y en la mayoría de las veces con un abordaje sintomático. Esto ocurre sobre todo en niños pequeños con **retrasos del desarrollo psicomotor, especialmente del lenguaje**, donde son atendidos desde el síntoma aislado, sin encuadrarlo dentro de estas dificultades de individuación y simbolización.

Veamos un caso que nos puede hacer comprender esto mejor:

**Jorge** tiene dos años y 7 meses cuando es derivado por el Servicio de Pediatría del Hospital Mancha-Centro por presentar retraso en el lenguaje.

Valorado en el Centro Base de Toledo, aprecian una “Alteración cualitativa de la interacción, con retraso en el desarrollo del lenguaje y un trastorno del espectro autista”. Con este diagnóstico, estaba siendo atendido en el Equipo de Atención Temprana de su zona, con estimulación fundamentalmente del lenguaje.



De su historia cabe destacar: en el momento de llegar a consulta es hijo único. Viven la familia nuclear.

La madre vive en el pueblo a raíz de casarse hacía 3 años, no teniendo ni familia ni amistades previamente allí, habiéndose sentido bastante sola en este período y con pocos apoyos sociales, sintiéndose con excesiva ansiedad ante la crianza del niño.

El padre, por su trabajo, puede ocuparse poco del niño, pero además, al parecer por su personalidad reservada y seria, tiene poco contacto afectuoso con él.

Varios familiares de ambos padres presentan trastornos mentales y en algún caso deficiencia mental.

Todos estos antecedentes angustian mucho a la madre de Jorge, que teme que al niño le pase algo de esto.

El embarazo fue deseado y cursó con normalidad. El desarrollo psicomotor ha sido normal, salvo en el lenguaje, que aunque en el momento de venir a consulta no tiene adquirido el lenguaje expresivo, sí dice algunas palabras y sí parece tener una buena capacidad de comprensión.

Durante el primer año de vida la madre lo describe como un “niño tranquilo, no lloraba, jugaba poco con ella; lo que más le gustaba eran los anuncios y no se interesaba por los juguetes”.

Duerme solo en su habitación desde los 5 meses de edad, pero en el último período a veces se levantaba, durmiendo en el suelo y no lloraba.

Nunca ha presentado problemas con la comida, pero también últimamente espera que la madre le obligue para comer.

En el momento de venir a consulta, la madre lo describe como un niño muy nervioso, que anda de puntillas y que las palabras que comienza a decir no las utiliza correctamente, cambiando el significado (utiliza la palabra papá, pero no para llamar a su padre). No presenta ni ha presentado angustia de separación.

Con la madre suele coger muchas rabietas; en su habitación es muy ordenado y no consiente que se lo desordenen.

Dentro de las señales de alarma que presenta, también según información de la madre, cabe destacar una conducta hiperactiva, con oposicionismo y negativismo sistemático en casa, deambulación sin meta. En la exploración orgánica realizada no se ha encontrado nada patológico.

En la valoración psíquica realizada cuando le vemos en consulta, se aprecia ausencia de angustia de separación inicialmente, aunque después sí hace una demanda clara de la presencia de la madre.

Niño expresivo, que se interesa por el entorno, los juguetes y que establece una comunicación afectiva con la terapeuta (es sonriente y afectuoso); chapurrea palabras, pero no se le entiende apenas, confunde algunos significados, por la proximidad de los significantes (por ej. sopa y sopla).

Reconoce los juguetes y el juego simbólico se centra casi exclusivamente en hacer y dar comiditas; disfruta compartiendo el juego, conoce el funcionamiento de los objetos que ve y demuestra una gran capacidad intelectual al buscar correctamente soluciones a situaciones con cierta complejidad; busca un objeto ausente (lo que indica la permanencia de objetos).

No tiene adquirido el pronombre personal.

En la orientación diagnóstica vimos que además del retraso del lenguaje, Jorge presentaba también una serie de signos de disarmonía evolutiva, que podían estar indicando dificultades emocionales en el proceso de individuación y en la adquisición de la propia identidad.

En las entrevistas sucesivas con la madre no se aprecian conflictos significativos, al menos conscientes, con respecto a su propia familia y su infancia, pero sí pudimos comprender como ésta se había sentido muy sola en el pueblo, sin amistades y con un apoyo "formal" por parte de la familia política, pero que afectivamente no la había contenido; se sentía triste, desganada y angustiada por el desarrollo del niño, por el temor

a que fuera deficiente o con un trastorno mental. Esta situación le impidió posiblemente disfrutar y crear unas buenas interacciones, presentando tal vez el niño cierta situación también depresiva (la descripción que hace de él el primer año de vida es significativa), atendiendo además más a sus angustias, que a las necesidades del mismo, estimulándole en el aprendizaje, pero no pudiendo compartir enteramente situaciones afectivas placenteras.

Jorge sí había podido acceder a un sentimiento de identidad de sí mismo (aunque aún precario) y reconocer a la madre como separada de él, pero como pasa en muchos casos de disarmonía evolutiva, tenía problemas en la elaboración de la posición depresiva, no pudiendo afrontar conflictos internos, ni integrar bien las angustias depresivas y de separación; así el niño queda funcionando en una relación dual con la madre, donde predomina el control y el dominio mutuo, siendo el niño a la vez absorbente y dependiente. Esta situación le impide un verdadero abordaje del conflicto del deseo y de las identificaciones, no llegando más que parcialmente a la relación donde un tercero (fundamentalmente el padre) es significativo, lo que provoca unas fallas importantes en la estructuración psíquica.

Esto también repercute en la poca diferenciación entre el proceso primario y el secundario, invadiendo frecuentemente el mundo interno (proceso primario) el funcionamiento psíquico más organizado.

Este caso nos puede hacer ver la importancia no sólo de una detección precoz, sino de canales claros de derivación, a los ESMIJ, partiendo de la necesaria intervención de los mismos.

En nuestra práctica, en la actualidad estamos elaborando un protocolo de detección precoz y derivación a la USMIJ de los trastornos mentales (especialmente graves) en la primera infancia, para unificar los criterios con los distintos equipos que están implicados. Por parte de pediatría de primaria es una petición formulada por ellos mismos. Pero nos encontra-

mos con la reticencia de los equipos de Atención Temprana de Educación, especialmente por la defensa de la psicosis infantil como Trastornos Generalizados del Desarrollo, partiendo en todos los casos de un problema de base orgánica y por tanto con un abordaje exclusivamente de reeducación y estimulación.

**Trastornos mentales graves:** La política de integración del niño con diferente problemática en nuestra zona (aunque posiblemente se pueda generalizar a otras comunidades autónomas), es dispar y depende de los profesionales que los atienden. Lo que resulta evidente, aunque no por ello quisiera polemizar, sino constatar el hecho, es que si bien los niños ciegos, los niños sordos, los niños con síndrome de Down entre otros, si tienen programas y especialistas específicos, en el caso de los niños psicóticos, que en ocasiones sí intentan por todos los medios mantenerlos en el centro escolar habitual, no se dispone por lo general de medios específicos y sólo en algunos casos cuentan con los equipos de Salud Mental; pero en otros muchos caso, por desgracia, son derivados a los colegios de educación especial desde muy pequeños, con un abordaje educativo y reeducador.

En Alcázar desde hace más de diez años contamos con un Hospital de Día (HD) a tiempo parcial, por lo que el contacto con niños con **trastornos mentales severos** es importante; todos los niños que acuden a nuestro dispositivo están escolarizados, lo que nos obliga a estar coordinados en mayor o menor medida y con mayor o menor fortuna, con los profesionales de educación.

Esta coordinación, absolutamente voluntaria, se programa como algo esencial desde el HD, surgiendo a veces problemas ya que la intervención clínica requerida es intensiva, lo que evidentemente repercute en la asistencia a clase de estos niños. Este hecho nos enfrenta a concepciones en apariencia distintas, con formas de trabajo en principio diferentes aunque no irreconciliables.

Efectivamente desde nuestra concepción clínica, estos niños por sus características psicopatológicas **requieren un abordaje multiprofesional, siendo necesaria no sólo una coordinación de recursos sino una integración funcional de los mismos, para que los aspectos emocionales, pedagógicos, y sociofamiliares estén presentes en el tratamiento.**

Desde la clínica, lo que podemos y debemos aportar a otros profesionales que trabajan con estos niños es la comprensión que hacemos de su funcionamiento mental.

Intentaré plasmar aquí algunos aspectos de cómo trabajamos nosotros y la relación bajo este marco con la escuela, aunque sólo daré algunos detalles, no pudiendo por falta de tiempo profundizar más.

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

**Félix** es un niño de 3 años cuando es traído a la consulta; viene diagnosticado de “Trastorno Generalizado del Desarrollo con dificultades en la individuación”.

No tiene lenguaje y en la exploración psíquica que realizamos no se aprecian componentes autistas importantes ya que sí se interesa por el mundo circundante, aunque de forma muy ambivalente; así cuando se le va a recoger a la sala de espera para ver si puede entrar solo con la terapeuta, inicialmente coge la mano de ésta, pero al momento, titubea y volviéndose pega a una señora que estaba allí y que no tenía nada que ver con él, volviendo ya tranquilo a reunirse con la terapeuta (torzazo equivalente a la angustia que le producía la situación y que posiblemente iba dirigido a la terapeuta; esto evidenciaba un mecanismo de escisión claro que le permitió resolver de alguna manera la situación, al dejar todo lo malo y peligroso en la señora desconocida que se quedaba en la sala de espera y

por tanto no representaba ningún peligro allí, pudiendo investir a la terapeuta con atributos más tranquilizadores). En el grupo de Hospital de Día donde fue admitido, sí realiza bastante rápidamente un apego con la monitora asignada (lo que en algunos casos de autismo hubiera costado más), pero de la misma manera, se acercaba para luego rechazarla inmediatamente, evitando el contacto, pero vigilándola continuamente; a veces su ambivalencia la manifestaba acercándose, cogiendo la mano de la monitora, pero para luego golpearse con ella la frente (o a la inversa); si dentro del grupo el adulto significativo para él estaba con otro niño, él miraba, se acercaba hasta cierta distancia, en una ocasión hasta cantó bajito lo mismo que le cantaba el monitor al otro niño, pero se negaba a un contacto mayor, alejándose rápidamente y manifestando además angustia ante un contacto más próximo y huyendo; interpretamos esta conducta como aparición de sentimientos de rabia y envidia muy intensos ante la visión de la relación importante que observaba entre el monitor y otro niño, pero el mecanismo psicótico era la proyección de estos sentimientos agresivos fuera, convirtiendo pues al monitor y al otro niño en figuras peligrosas y persecutorias.

Cuando el proceso de individuación se da con normalidad en el desarrollo del niño, este al percibirse separado, distinto del otro, puede identificarse (interiorizar, asimilar) con aspectos de esa persona, creando las bases de la identidad propia.

Este proceso, que va a posibilitar a su vez la empatía o en otros términos la Teoría de la Mente, va a depender en gran medida del cuidador (por lo general los padres), que puedan devolverle al niño, reflejarle para que él lo pueda interiorizar la distinción y comprensión que hacen del estado emocional del mismo (comprenden o creen comprender que el niño llora o el niño se alegra por tal o cual cosa, los motivos, el porque) transmitiéndole además distintos sentimientos de ellos mismos, posibilitando así una visión de él mismos y de los otros. (Fogarni).

Estos procesos están alterados en el niño psicótico. A la vez estos niños tienen angustias muy intensas como sensaciones de despedazamiento, de caída en el vacío, de aniquilamiento; el bebé en los primeros meses también tiene estas sensaciones corporales, pero en la evolución normal éstas, al organizarse, van a permitir al niño que tenga el sentimiento de “sí mismo”, lo que no ocurre con el niño psicótico; en éste no hay un límite claro entre la percepción-sensación (por ejemplo muchos de estos niños no toleran los gritos o que los hables y se tapan los oídos) y evitan la relación no sólo como mecanismo de repliegue autista o como defensa frente a ansiedades paranoicas, como hemos visto, sino también ante la amenaza de una destrucción entre el interior y el exterior de ellos mismos, así como por el pánico a la invasión y la intrusión del otro.

Todo esto también estaba presente en Félix, siendo importante en el tratamiento la comprensión de todo ello. Pero Félix estaba escolarizado en el colegio público correspondiente. Cuando fuimos por primera vez, sus profesores se sentían desconcertados y asustados, de tal modo que todas las manifestaciones del niño (correr de forma inquieta, levantarse continuamente, equivalentes ambos de huir; taparse los oídos, llorar desconsoladamente...) les angustiaba y lo contemplaban con impotencia, proponiéndole otras actividades, pero no pudiendo en ningún momento contener su ansiedad.

Ante la explicación dinámica que les pudimos transmitir, se pudieron acercar al niño de otra manera, sin miedo a dañarle, calmándole cuando comprendían su miedo paranoico, limitándole en situaciones de rabia o descontrol omnipotente..., lo que ha hecho que la integración de Félix haya podido ser una realidad favorable.

En la actualidad Félix ha cumplido 7 años, aún presenta problemas disarmónicos importantes, pero expresa sus deseos aun teniendo un pensamiento muy concreto y simple; participa en el grupo, cumple las normas de la clase y se inte-

resa por el aprendizaje de la lecto-escritura. En el curso pasado (2002-2003), de nuevo notan un retroceso importante, volviendo a quedar desconcertados en la escuela. Todo puede seguir su rumbo normal, cuando vemos que en el grupo de tratamiento han entrado dos niños pequeños, coincidiendo esta situación con el embarazo de la madre, lo que de nuevo ha vuelto a despertar en Félix sentimiento de tristeza intensa, con mecanismos psicóticos de escisión.

En el tratamiento es importante pues actuar conteniendo los elementos psíquicos intolerables, darles un sentido para que el niño pueda asimilarlos y admitirlos y que esta situación sea comprendida no sólo por la familia (con la que se trabaja en grupo semanalmente), sino también y fundamentalmente por la escuela.

A la vez es imprescindible no sólo la contención emocional de la familia sino de los profesores implicados, pues sin esto la integración escolar se convierte rápidamente en un fracaso.

Para algunos casos, como éste, es beneficioso el hospital de día a tiempo parcial, permitiendo que el niño participe durante muchas horas en su escuela habitual. Esto posibilita diferenciar el lugar clínico, con sus implicaciones emocionales, y la búsqueda de la comprensión de los mecanismos psíquicos, estando todo encaminado a una dinámica relacional donde dé sentido al comportamiento del niño, favoreciendo al acceso a la propia identidad y a lo simbólico. Y diferenciar el lugar pedagógico y de enseñanza, donde también es importante la realidad social, con sus normas, sus dinámicas grupales...

Para nosotros es importante distinguir la intervención pedagógica y la psicoterapéutica. Sin embargo desde algunos profesionales de educación se plantea una intervención común en la propia escuela (aulas de autistas, o el hospital de día ubicado y funcionando dentro de la dinámica del centro escolar). Esto tendría el peligro de pedagogizar toda actuación, estando sujetos además a los conflictos de la dinámica escolar.



En estos casos la Pedagogía Terapéutica ha de ser una parte fundamental del tratamiento, pero siempre imbricada con lo clínico, pues no hay que olvidar que son niños enfermos.

Pero esta concepción nos ha de llevar a un trabajo interdisciplinar y coordinado, que estamos lejos de lograr.

**Los trastornos de conducta en la escuela** son otros de los problemas importantes por los que desde la clínica tenemos que intervenir.

Como ya he planteado en otro lugar, muchos de estos casos corresponden a comportamientos interactivos con el entorno, debiendo siempre enmarcarlos dentro de una dimensión relacional.

Sin embargo en nuestra experiencia, en las peticiones de consulta de estos niños, o bien ya llegan diagnosticados y medicados por el pediatra, o bien vienen catalogados por los propios padres informados desde el colegio o ellos mismos vía Internet, de Trastorno de Conducta con Déficit de Atención e Hiperactividad, pidiendo una ayuda profesional ya programada: medicación específica y pautas de conducta para aplicar tanto en la escuela como en casa.

Desde este planteamiento casi nunca se tiene en cuenta la situación emocional del niño (sentimientos, afectos, conflictos consigo mismo y con el entorno..., no dichos sino a través del síntoma, sin la posibilidad de elaborar mentalmente), o al menos no se le da la posibilidad de expresarlo o de que le escuchemos terapéuticamente; y tampoco se posibilita que los padres comprendan esa situación emocional de sus hijos, facilitando y enriqueciendo la dimensión relacional e interactiva entre ambos.

En muchos de estos casos atendidos en la consulta, se observan unas relaciones por lo general alteradas, pudiendo detectar en el niño signos de sufrimiento psíquico.

Desde el punto de vista psicodinámico muchos de estos niños presentan una Disarmonía Evolutiva y/o un Trastorno de la Personalidad y en la mayoría de los casos se puede apreciar

que en las primeras relaciones de estos niños es constante las rupturas repetitivas del vínculo afectivo (Mises), habiendo defectos y dificultades en el apoyo familiar (dificultades socio-familiares, depresión materna graves que afectan a la relación con el bebé, traumatismos acumulativos en los primeros años...). En algunos casos estas situaciones provocarían sentimientos depresivos difíciles de elaborar, apareciendo la hipersensibilidad como una defensa hipomaniáca.

Evidentemente no todo niño que vive ciertas situaciones va a reaccionar de la misma manera; además de los factores de riesgo, hay que tener en cuenta los factores protectores, así como la mayor o menor vulnerabilidad del bebé.

Muchas veces se aprecia, además de las rupturas de vínculos afectivos en los primeros años, fallos precoces casi constantes en la función de contención de la figura materna, provocando que el niño no haya podido organizar mecanismos de para-excitación, teniendo frecuentemente irrupciones pulsionales desorganizadoras; frente a ellas se defiende con mecanismos de escisión del yo (por ejemplo escindiendo los afectos de ciertas vivencias, la tristeza...) provocando un falso-self (frialidad ante determinadas cosas, indiferencia, hiperdaptación pero sin compromiso afectivo por ejemplo en la escuela, sin amigos...); todo ello supone una precariedad también en la organización del preconsciente, con fallas en las ligazones de afectos y representaciones, lo que provoca, dificultades en la mentalización de los problemas con continuas actuaciones y pasar al acto.

Veamos un ejemplo:

**Enrique** tiene 5 años y 3 meses cuando es derivado a nuestra consulta por presentar “conducta agresiva, indisciplinado, retraso académico, así como déficit de atención e hiperactividad”. En una nota enviada por su profesora, además de lo reseñado, apunta cierta incoherencia en el niño cuando habla con los compañeros, dificultades psicomotoras y la tendencia a jugar solo. En nuestra valoración inicial, se aprecia un

temor importante al adulto, con evidentes fallas en la estructuración psíquica, como son un nivel pobre y desestructurado de los gráficos, con dificultades serias de la representación del esquema corporal, y con irrupción de su mundo interno, poco elaborado (en el CAT: la gallina envenena a uno de los pollitos, el lobo tira por ahí a otro lobo que viene a morderlo... y la historia “termina por la tarde, pues lo mata”...). Para los padres es un chiquillo malo, al que hay que castigar y poner normas, pero lo traen a consulta al empezar el fracaso escolar.

El embarazo fue muy deseado y cursó con normalidad, como el parto. El desarrollo psicomotor normal, salvo el lenguaje donde fue más atrasado (evidenciando ya fallas en la organización simbólica).

En la historia familiar nos encontramos que Enrique tiene un hermano 3 años mayor; otro hermano murió a los 4 años y medio, por leucemia. La madre quedó muy afectada, con una fuerte depresión de la que está en tratamiento; el deseo de tener otro hijo, a Enrique, se vinculaba con la necesidad de salir de la depresión; no lo quería como sustituto, pero de algún modo sí vino a llenar el hueco dejado por el otro; la madre cuenta que ella estaba muy mal, pero creía que el niño no se daba cuenta (dificultad de identidad primaria con él, debido a la depresión por pérdida); tienden a compararlo con el niño que murió, sobre todo el padre y no lo tolera y dice textualmente con furia “es todo lo contrario que el otro”; la actitud hacia Enrique es de continuo enfado, de normas muy rígidas y manifiestan que apenas han jugado o se han divertido con él. Parecería que la problemática de Enrique se enmarca en una situación de duelo de los padres, donde ninguno lo ha podido ver como un niño con sus necesidades, afectos, cualidades..., impidiendo que tenga su propia identidad; las malas interrelaciones creadas a partir de ahí genera en Enrique un estado depresivo manifestado por su inquietud y con una imposibilidad de mentalizar esos conflictos.

En el colegio era considerado un niño muy problemático, desobediente, con importantes dificultades de aprendizaje,

reconociendo que era un niño de alguna manera enfermo, siendo casi todo el contacto con Enrique a base de normas y pautas con premios y castigos, lo cual producía mayor frustración en el niño, incrementando sus trastornos de conducta y su incapacidad para estudiar. En un intento de buscar la cooperación con la familia, ésta era regularmente informada de los comportamientos del chico, lo que por lo general los padres suelen entender como un reproche de no ser buenos padres, de no ponerle suficientes límites, lo que aún incrementa la actitud normativa-punitiva (y en el caso de Enrique, el aumento de desilusión de los padres por ese niño).

Nuestra intervención en la escuela inicialmente fue hacerles partícipes de esta situación del desarrollo emocional del niño, tan complicada. Su comprensión cambió la actitud de los profesores hacia él; ya no fue considerado un niño malo, ni siquiera un hiperactivo, etiqueta por la que se le ayuda al menos en la medida de lo posible a manejarse mejor en la realidad (técnicas para el control de impulsos, para afrontar la frustración, para mejorar la atención...), aunque en este caso tampoco habían servido para mucho.

La contención de ansiedades, el posibilitar experiencias positivas, darle un sentido a sus actos y comprender los mecanismos psíquicos puestos en marcha, son esenciales en el tratamiento, pero muchos de estos chicos tienen como manifestación más clara un problema de conducta evidente que imposibilita la mentalización de los problemas, por lo que es necesario en principio un control externo que posibilite posteriormente el autocontrol. El transmitir estos aspectos de nuestra forma de trabajo con el chico en el hospital de día, al que acudía tres días por semana, posibilitó también una forma de trabajo con él diferente en la escuela, no sintiéndose tan débiles frente a él, ni tan cuestionada su autoridad, lo que les permitió poner las normas de otra manera.

Desde nuestra concepción y en relación a las pautas de conducta también nos parecen importantes y necesarias, aun-

que siempre enmarcadas, al igual que la medicación, en un abordaje más amplio; no hay que olvidar que estas pautas son “impuestas” (propuestas) por el adulto y hay algo o mucho de la “Ley Paterna” en ellas; es importante pues que éstas no se impongan de forma autoritaria y punitiva, sino, por el contrario contenedora y como límites claros.

De nuevo vemos la necesidad de un trabajo tanto con la escuela como con los profesionales de los Centros de Salud orientado (seguramente el mejor método sean los **protocolos que unifican criterios de diagnóstico y de intervención**) al conocimiento de los signos psicopatológicos de las disarmonías evolutivas, los fallos en la simbolización y las implicaciones emocionales, evitando la medicalización excesiva que suele ocurrir al ser diagnosticados la mayoría de estos niños como cuadros de “hiperactividad y trastornos de atención”.

Así mismo, tanto en estos casos como en los de **psicosis infantil**, es necesario contar también con **programas específicos de los dispositivos de Servicios Sociales de base, para la integración de estos niños en actividades de tiempo libre o actividades de barrio**. En nuestra experiencia esto se hace aunque no de forma continua, teniendo por lo general una buena respuesta. La dificultad mayor estriba en la dispersión de nuestra población, lo que supone muchos dispositivos con los que coordinarse y en ocasiones pocos niños con las mismas necesidades en una población, lo que dificulta poner en marcha los programas.

**Los problemas de aprendizaje** en la mayor parte de los casos no llegan directamente (como motivo de consulta), sino que los atendemos ligados a otras patologías.

En primer lugar están **relacionados con las psicosis**, donde evidentemente los mecanismos psíquicos presentes, la escisión, la proyección, el repliegue sobre sí mismo..., van a dificultar y perturbar la adquisición de datos de la realidad; pero además hay una inhibición de las funciones sensoriales, porque lo percibido es peligroso o doloroso; en el mismo sen-

tido hay una inhibición de las funciones kinestésicas (no sentir el cuerpo como fuente de placer y de dolor).

Por otra parte es necesario aproximar al niño psicótico con cautela al aprendizaje, con métodos novedosos que le hagan investir los procesos de simbolización, lo que permitirá que lo aprendido sea integrado en su personalidad y no como conocimientos carentes de sentido.

En las **disarmonías evolutivas y trastornos de personalidad**, son típicos los problemas de aprendizaje. Las dificultades de mentalización y los fallos en el sistema preconscious, son los responsables en parte de los trastornos graves de aprendizaje que por lo general presentan, como en el caso de Enrique.

En el bebé las vivencias interactivas gratificantes posibilitan la introyección de representaciones positivas que van produciendo una imagen de sí mismo integrado y con buenas bases narcisistas; las vivencias frustrantes, necesarias como sabemos para el desarrollo, cuando son muy intensas y frecuentes conllevan representaciones negativas, del otro y de sí mismo, inicialmente fundidas, unidas a sentimientos de frustración, rabia y cólera importantes, provocando un sentimiento negativo sobre sí mismo y de incapacidad básica, y por tanto una fragilidad narcisista muy precoz.

Por otra parte las interacciones ambivalentes, por las proyecciones inconscientes de los padres en el niño, y las dificultades de contención emocional si son importantes, pueden provocar como sabemos, fallas en la organización y funcionamiento de las representaciones mentales (representaciones psíquicas de la pulsión, conectadas con las huellas nemicas) existentes en el preconscious. La alteración de esta organización da lugar a la merma de la cadena de asociaciones mentales y por tanto al empobrecimiento del pensamiento.

El sentimiento continuo de frustración y pérdida, provoca también una retirada de las iniciativas libidinales, porque entre otras cosas el Otro significativo no responde a ellas.

Todas estas situaciones pueden provocar una depresión crónica en el niño pequeño (lo que conlleva inicialmente una disarmonía evolutiva, pudiendo desembocar posteriormente en un trastorno de la personalidad). Este funcionamiento psíquico le impide o dificulta el proceso de incorporación de datos de la realidad. Pero además hay una dificultad en el investimento del propio aprendizaje; por lo general estos niños activamente se niegan a prestar interés, a aprender; muchos sí logran interesarse en clases muy individualizadas, en parte porque no hay tantos estímulos dolorosos e incontrolables. Invertir el aprendizaje significaría perder las fantasías omnipotentes (pero de naturaleza muy empobrecida) que acompañan (como defensa) a la depresión crónica en el niño pequeño (Palacios Espasa).

Toda esta situación afecta a la capacidad de sublimación y de creatividad de estos niños, por lo que no pueden tener experiencias estimulantes que les ayude en su autoestima. Por el contrario, van viviendo experiencias cada vez más frustrantes, lo que incrementa sus trastornos de conducta y sus defensas omnipotentes. Así mismo su capacidad de frustración es muy baja, en parte porque las dificultades de mentalización les hace intolerable la espera, pero también porque el no conseguir algo inmediatamente (incluso la adquisición de conocimientos), les aumenta su herida narcisista, siendo vivida la espera como un fracaso de ellos.

En otros casos de trastornos de personalidad lo más marcado es una patología del desarrollo del narcisismo (con repercusiones en la autoestima) y de los impulsos agresivos. Como defensa frente a la envidia aparece una desvalorización de los otros y de todo en lo que tienen que realizar un esfuerzo (los estudios, el deporte..., o son los mejores o nada). Aquí se pueden insertar muchos de los fracasos escolares en chicos inteligentes.

En algunos casos de *naturaleza neurótica*, podemos observar una inhibición frente al aprendizaje, manifestando en ocasiones falta de interés y aburrimiento, como forma de elu-

dir algo que constituye un estímulo psíquico, de una intensidad o de un carácter conflictivo (ciertas actividades u objetos de aprendizaje puede simbolizar deseos prohibidos).

En ocasiones el conflicto no surge en la adquisición de los datos de la realidad (interés por el aprendizaje) sino en su elaboración, en la dificultad de enjuiciar y de razonar, para evitar así mismo sentimientos de angustia, culpa, soledad, responsabilidad... En algunos chicos lo más importante sería el temor a afrontar la independencia (y la soledad) que acarrea el crecer.

En los chicos con una organización obsesiva, puede aparecer un conflicto con el aprendizaje muy importante, pues han de mantener la atención en muchas cosas o en una sola pero de forma obsesiva, para apartarla de otra dolorosa. También tienen como mecanismo de defensa recuerdos excesivos de datos para negar otros, lo que les invade el pensamiento imposibilitándoles el aprendizaje.

Veamos un caso donde partiendo de una depresión se han sumado varios factores que han desembocado en trastornos de aprendizaje serios:

**Raúl** tiene 10 años y es enviado a la consulta porque es contestón, desobediente, todo le da igual y hace lo que quiere; es muy nervioso y chantajista, pues a veces si no le compran lo que quiere no hace lo que le piden. Además tiene dificultades en el aprendizaje y en el colegio está aislado, va suspendiendo casi todo y no tiene ninguna motivación en los estudios ni en casi nada.

Es hijo único; comentan que no han tenido más en gran medida porque él no quería tener otro hermano, "porque le quitaría las cosas" (hasta aquí la primera pregunta es ¿por qué los padres no han podido poner, pedir y exigir unas normas y límites claros a sus deseos, expresados muchas veces como chantajes?).

Hasta hacía dos años, había sido un niño algo travieso pero al parecer normal. A raíz de que la madre tuviera que dedicarse casi enteramente a la abuela al sufrir ésta una rotura



de cadera, Raúl comenzó con los problemas de comportamiento, de exigencias y mal en el rendimiento escolar. Hace un año en relación a la petición de consulta, el padre sufre un accidente de moto, teniendo a raíz de ello una depresión importante, debiendo estar de baja por ese motivo. La madre así mismo, presentaba un cuadro depresivo agudizándosele en esta situación. Las dificultades del chico aumentan en este período.

En el colegio le empiezan a llamar tonto y al parecer a meterse con él y se queda sin amigos. Comienza en este período a tener un síntoma muy ruidoso, sonarse la nariz con mucho estruendo, lo que hace que se interrumpa la clase; en realidad lo que siente es que se ahoga (posible síntoma de ansiedad) y no puede respirar bien, pero como no le dejan salir de la clase, se suena fuerte para ver si se alivia algo.

En casa su madre continuamente le castigaba, le voceaba para que estudiara algo; su padre también.

En el colegio era considerado vago, poco trabajador, pues ellos creían que sí tenía capacidad para estudiar y que su negativa a hacer algo era por vago (sobre todo en el último período, donde se hundió mucho más al suspender Lengua, asignatura en la que sí se había esforzado); en ese período, en el inicio del segundo trimestre de 2003, está mucho más irritable, se niega a realizar cualquier trabajo, no sale ni juega con nadie y los síntomas de ansiedad son intensos. Pero tanto en casa como en el colegio insisten en su negativa a estudiar, poniéndose cada vez más severos.

El nivel intelectual de Raúl es de 102. En las entrevistas iniciales él me dice que no tiene problemas, pero después los centra todos en que tiene problemas para estudiar, porque dice que no se entera de lo que le explican o de lo que estudia; al mostrarle el C.I. y comprobar que no hay ningún problema en su inteligencia, contesta textualmente que los chicos normales, que estudian, no destacan en nada y él prefiere ser tonto antes de no ser él mejor.

Sorprende esta exigencia narcisista tan grande, que ya parece estar presente en el desencadenamiento de todo el cuadro, hace dos años. En ese momento al quedarse sin los apoyos maternos fundamentalmente, debió vivirlo con un sentimiento de abandono y soledad importante.

Pero a la vez la historia que podemos reconstruir de los padres también parece estar influyendo: el padre, aunque dice estar conforme con su vida, no quiso estudiar y ahora se arrepiente, pues envidia sobre todo a los abogados (inicialmente sorprende este sentimiento, pues no explica muy bien por qué); la madre tampoco quiso estudiar, pero ya de más mayor cuando sí se interesó por los estudios, no pudo porque su padre había muerto y ya no había posibilidades económicas; pero desde entonces envidió mucho al hermano que estudió derecho (por tanto es el abogado al que el cuñado también envidia). Todo esto posiblemente está proyectado en el chico, que tiene que cumplir pues con toda la carga de tener que ser él el que sí estudie y sea el triunfador y el posible abogado que sus padres no fueron.

Por una parte parece haber estado investido de un gran narcisismo por parte de los padres, pero que se derrumba y se vuelve en contra cuando se enfrenta con las primeras dificultades, separaciones.

Además en sus rivalidades edípicas, su deseo de superar al padre (expresado en algún dibujo, como que el pequeño puede al grande y le vence) se topa con la depresión y el sentimiento de fracaso del padre, debiéndole provocar bastante ansiedad, porque ¿cómo querer ganar a un padre dañado?; pero a la vez ansiedad, al no quedarse con referencias de identidad claras (expresa que no se quiere parecer al padre cuando sea mayor –¿en la depresión?, ¿en el sentimiento de fracaso?– y aclara que en estar calvo).

Creo que todos estos aspectos en relación con los problemas de aprendizaje que he marcado, nos hace también ver la necesidad de un trabajo interdisciplinar en la escuela, aportando la visión clínica.

## EL TRABAJO INTERDISCIPLINAR

Como vemos, muchos de los niños con problemas mentales, debutando algunos de ellos más claramente en la escuela, por sus características psicopatológicas requieren un abordaje multiprofesional, siendo necesaria no sólo una coordinación de recursos sino una integración funcional de los mismos, para que los aspectos emocionales, pedagógicos, y sociofamiliares estén presentes en el tratamiento.

Además de la importancia de la intervención multiprofesional, en los casos con una patología mental severa, es necesario una política preventiva de detección e intervención precoz, estando implicados varios equipos.

Y todo ello manteniendo en nuestro caso la especificidad clínica, tanto físicamente, como conceptualmente.

Sin embargo en la práctica este funcionamiento es difícil de realizar. Además de las diferentes concepciones teóricas de las que parte cada equipo (aunque creo que en muchos casos hay un desconocimiento profundo de cómo trabaja cada cual), está el fantasma de la pérdida de poder por ambas parte.

En todo caso, si queremos realizar un trabajo interdisciplinar y comunitario, es necesario comprender las causas y dificultades que están interrumpiendo este funcionamiento interdisciplinar.

En el Área Mancha Centro, nuestro Equipo de SMIJ, para favorecer la coordinación de los diferentes equipos profesionales implicados propusimos:

Formación de una **Comisión técnica interprofesional** en nuestra área sanitaria, de forma oficial integrada por profesionales del área, pertenecientes a SMIJ, Educación y Bienestar Social fundamentalmente.

**Los objetivos** de la Comisión a nivel de organización serían:

- Conocer la especificidad de cada equipo, evitando funcionar en redes paralelas.
- Mejorar los sistemas de derivación de casos y de coordinación.

- Conocer los problemas psicosociales y psicopedagógicos más relevantes en estas edades y que impliquen a los diversos equipos.
- Realizar protocolos de intervención conjunta en aquellas problemáticas que así lo requieran, abarcando también la perspectiva preventiva.
- Comunicar a las autoridades competentes las necesidades que se detecten en materia de prevención, actuaciones conjuntas y de recursos necesarios.

**Los Objetivos** a nivel del trabajo concreto los centramos en:

- Unificación de criterios diagnósticos de las patologías emocionales severas en la infancia y adolescencia.
- Conocimiento de las indicaciones clínicas (perfil psicopatológico) para el tratamiento de estas patologías en las Unidades de terapia intensiva (Hospital de día a tiempo parcial).
- Conocimiento del trabajo clínico y del trabajo psicopedagógico de los equipos implicados.
- Búsqueda de vías de coordinación para un abordaje conjunto multiprofesional.
- Búsqueda de soluciones para una integración escolar más eficaz de los niños con estas patologías.
- Valoración de qué casos se beneficiarían más de un dispositivo de Hospital de Día a tiempo completo.

Esta propuesta, realizada hace más de un año, fue muy bien acogida en la Consejería de Sanidad, donde pertenecíamos administrativamente, comenzando a gestionarla con las otras administraciones implicadas. Al parecer la consejería de Bienestar Social también era favorable a este funcionamiento, la de Educación si bien al principio sí dio el visto bueno, después paralizó la iniciativa, siendo fundamentalmente la dificultad el planteamiento que se hacía desde la clínica del Hospital de Día.

En la actualidad parece que es una propuesta que se está volviendo a retomar.

En el mismo sentido, aunque en otro ámbito, siguiendo la tónica que un grupo de profesionales vinculados con la salud mental del niño y adolescente, a través del cual hemos realizado diferentes trabajos sobre todo en relación con los niños con trastornos mentales severos, vamos a continuar con otro grupo de trabajo a nivel nacional, para plantear “el trabajo interdisciplinar entre los dispositivos de educación y SMIJ”.

Espero que estas inquietudes puedan llegar a buen término.