

UN MODELO DE HOSPITAL DE DÍA EN NIÑOS PEQUEÑOS. SUS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES*

Margarita Alcamí Pertejo**

RESUMEN

Se describen características del funcionamiento mental de los niños pequeños y consecuentemente aspectos que deben considerar los Hospitales de Día (HdD) que atienden estas edades. Se propone un modelo caracterizado por: estructurar las actividades entorno a una figura de vinculación; tratar a niños con trastornos diferentes y trabajar con los padres. También se plantean interrogantes en relación a indicaciones/contraindicaciones en la utilización de este tratamiento intensivo.

Palabras claves: Hospital de día psiquiátrico, niños.

Keywords: *Psychiatric day hospital, children.*

Sabemos que hay diferentes Hospitales de Día (HdD). Los rangos de edad evidentemente marcan diferencias y en función de la orientación teórica, de la forma de comprender la patología por el equipo, así como de la variedad de profesionales que lo constituyen, cada HdD es diferente.

Además los HdD están ubicados en diferentes lugares, en distintas comunidades autónomas con distintos planes de

* 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. Hospital de Día de Leganés. Madrid (COGESIN).

actuación en salud mental. No podemos olvidar que esa realidad también es determinante en las características y estructura que adquiere cada HdD, pues responden en su creación a “la demanda” que recae sobre ellos.

Vemos diferenciados en función de la demanda dos tipos de ritmo de HdD. En aquellas comunidades autónomas en que los propios Servicios de Salud Mental (SSM) asumen las tareas del HdD encontramos que éstos se encuentran ubicados en el mismo espacio. La responsabilidad de cuidar a toda su población genera un intercambio continuo y fluido de pacientes entre la estructura más propia de consultas y la terapia de HdD. Ello genera modelos parciales, pero muy creativos, y en los que la exigencia a sus profesionales es muy alta pues deben funcionar cubriendo tareas en las dos estructuras. En otras comunidades los HdD se han creado en espacios fuera de los SSM y son llevados por un equipo de profesionales de forma autónoma. Sobre ellos recae la responsabilidad de atención de la población que se les asigna desde los SSM. Ambos modelos tienen sus ventajas e inconvenientes.

Parece que no hay duda para los responsables de salud y educación de que el HdD es un recurso necesario en edades como la pubertad y adolescencia. Sin embargo encontramos que hay que justificar ante las autoridades (y ante muchos de nuestros mismos compañeros) que deben existir HdD en los niños pequeños. De ahí el título que se dió a esta mesa “Hospital de día/ terapia intensiva para los problemas mentales graves de los niños pequeños: ¿necesidad- prioridad?”.

Las presentaciones previas de la mesa han sido suficientemente claras y dicha afirmación es incuestionable. Niño y madre/entorno se encuentran en un momento único donde desarrollo/crecimiento neuronal/cuidados/capacidad de *réverie*... se comportan casi como perteneciendo a un solo cerebro. Es un momento donde las capacidades de la madre sostienen la homeostasis de las células de su bebé, construyen la intersubjetividad, dirigen aspectos de interconexiones cerebrales, y propician el desarrollo cerebral de áreas que arrastran tras sí el enriquecimiento de los patrones de interacción social y la comunicación.

Sus presentaciones me permiten, pues, adentrarme en otros temas. Me extenderé sobre todo en describir un modelo de HdD basado en el funcionamiento mental de los niños pequeños. Pero quisiera también dejar planteados ciertos interrogantes y dudas en relación a indicaciones/contraindicaciones en la utilización de este tratamiento intensivo.

Nuestro planteamiento surge de la experiencia de trabajo en un HdD para niños menores de 6 años con un modelo de asistencia a tiempo completo. Es decir un HdD en el que los niños acudían a diario, en horario completo de mañana, siendo las actividades grupales. Se incluían cuidados específicos como la comida y con los padres se trabajaba predominantemente en un encuadre también grupal. Este esquema de trabajo, que no es equiparable a una atención ambulatoria intensiva, siempre supuso para el equipo la inquietud sobre su rendimiento y eficacia ya que pocos niños podían en realidad acceder a esta forma de tratamiento.

Partiendo de un reconocimiento y el más profundo respeto a otras formas de HdD parcial, insistiremos en nuestro interrogante sobre la necesidad de atención a tiempo completo en ciertos niños muy graves. Más allá de la realidad de poder facilitar una asistencia a pesar de la distancia al centro de tratamiento, la asistencia parcial le permite al niño seguir vinculado con estructuras sociales más amplias. La asistencia de forma completa parece recrear un período de “dependencia absoluta” en expresión de Winnicott (1), frente a propiciar una “dependencia relativa” entre niño/familia e institución si la asistencia es parcial. Crear este entorno de “dependencia absoluta”, en el que el HdD es la estructura que rodea casi de forma única al niño y su familia, nos parece una situación facilitadora para el gran reto terapéutico que nos planteamos con los niños más graves. A medida que el niño mejore la relación con el HdD evolucionará hacia la “dependencia relativa” y “hacia la independencia”, pero haber recorrido juntos ese período casi fusional habrá sido imprescindible.

Para aquellos menos familiarizados con los trastornos en los niños pequeños quizás es importante insistir en el hecho de que, en la primera infancia, la patología mental repercute de

forma muy específica en el desarrollo de la interacción. La utilización del aislamiento, la retracción, es la defensa que con mayor frecuencia vemos en la patología grave de la infancia. Ello no solo deja al niño sumido en “el autismo” sino que impide que la vivencia de la relación con el otro permita el desarrollo de la intersubjetividad y la simbolización. El desarrollo del niño se ve entonces detenido..., siendo frecuentes las evoluciones deficitarias.

Utilizando las palabras de la reciente Guía de diagnóstico y tratamiento de los TEA realizada en la CAM (2) “El drama de nuestros pacientes es la tendencia al aislamiento y las dificultades graves en la interacción y la comunicación” “sabemos que, por su propio trastorno, el niño con rasgos autistas va a rechazar todo aquello que organiza de ordinario el movimiento de individuación del niño (3). Lo que le sirve a un niño sano –el encuentro y el intercambio afectivo con sus padres, la interacción con iguales, el mundo de los objetos como lugar de simbolización, el juego– no le va a servir a nuestro pequeño paciente”.

Otro problema a enfrentar es que, por deficiencias de los sistemas clasificatorios internacionales, la patología mental grave en pequeños queda “absorbida” de forma indiferenciada bajo el término Trastornos Generalizados del Desarrollo o entendida toda ella con la nomenclatura actual de Trastornos del espectro autista. Ello acarrea que se planteen tratamientos unificados para todos, tratamientos donde la visión de que existe un déficit innato que hay que reeducar es la línea predominante de trabajo.

Frente a esta postura determinista respecto a los cuadros de autismo sabemos que existen niños pequeños con rasgos autistas en los que las dificultades en la interacción no podemos considerarlas como irreversibles. Como plantea la clasificación 0-3 (4) “el déficit relacional no tiene que ser en todos los casos primario ni permanente” y por lo tanto “está abierto al cambio y el crecimiento”. Pero igual que defendemos que existen ese tipo de niños hemos encontrado otros cuyas dificultades de interacción son previsiblemente “cuasi-irreversibles”.

Nuestro registro teórico guiará la mirada sobre el paciente y la comprensión sobre lo que le ocurre. Pero sobre nosotros recae la responsabilidad de basar nuestra intervención o programa de tratamiento en una comprensión tan completa como resulte posible de las circunstancias del niño y su familia.

Las clasificaciones internacionales parecen darnos como única alternativa de diagnóstico en los casos graves la entidad de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Dirigidos por esta nomenclatura miramos al niño desde la perspectiva de las alteraciones del desarrollo... pero ¿dónde ha quedado la exploración psicopatológica que nos ha caracterizado a los psiquiatras?: los trastornos del pensamiento; las alteraciones sensoroperceptivas; las alteraciones del discurso verbal como consecuencia del pensamiento alterado; ... y con ello el reconocimiento de los distintos tipos de angustia, los trastornos de la afectividad, las inestabilidad de las emociones. Sin una evaluación de ese tipo no podremos comprender a nuestros pacientes, y por lo tanto diseñar los acercamientos terapéuticos que precisan, incluyendo los farmacológicos.

A medida que el niño va creciendo las trayectorias del desarrollo en áreas claves se van diferenciando más claramente. Esto no sólo permitirá realizar un diagnóstico diferencial más acertado, sino que irá marcando más claramente las líneas en las que debe seguir el abordaje terapéutico.

Pero en los niños pequeños nos encontramos una doble situación. Por un lado el diagnóstico diferencial es especialmente difícil de establecer; y, por otro lado, las líneas del desarrollo están mucho más abiertas, y por tanto la posibilidad de curación es también posible.

En palabras de Eulalia Torras (5): “Toda intervención terapéutica que mejore al niño desde el ángulo emocional, relacional o intelectual, madurará su equipamiento biológico de base. Por supuesto también, todo aquello que por vía biológica mejorara al niño, por ejemplo que madurara el sistema nervioso central, pondría al niño en mejores condiciones para aprovechar los estímulos psicológicos que se le ofrecieran, psicoterapéuticos o de su vida cotidiana”.

Entendemos el equipamiento biológico de base como los instrumentos yoicos más básicos: capacidades motrices (no sólo fuerza, tono, sino coordinación y capacidad de planificación); procesamiento sensorial y reactividad hacia los estímulos; capacidad para el procesamiento viso-espacial, para prestar atención y enfocarla... Muchos elementos que son los primeros “ladrillos” de nuestros recursos yoicos... y en cuya discusión no podemos entrar ahora.

En nuestra evaluación diagnóstica incluiremos siempre una valoración del nivel de desarrollo del niño pues tanto su situación psicopatológica como su perfil de desarrollo van a determinar nuestro planteamiento terapéutico. Posteriormente tanto la evolución clínica como los avances en el nivel de desarrollo del niño nos confirmarán la respuesta al tratamiento.

Insisto en la necesidad de ser conscientes de los recursos terapéuticos reales de que disponemos para ofrecer a nuestros pacientes... y de las características del niño que pueden determinar el éxito o fracaso de un programa determinado. Lo importante no es hablar de este tratamiento es bueno, eficaz... sino este tratamiento es bueno para este niño.

Planteamos como un modelo de HdD para niños pequeños aquel que se caracteriza porque: 1. estructura las actividades con los niños entorno a una figura de contención (sobre la que se trabaja específicamente la creación de un vínculo); 2. asume a niños con trastornos diferentes y 3. que trabaja con los padres.

1. UN HDD QUE ESTRUCTURA LAS ACTIVIDADES CON LOS NIÑOS ENTORNO A UNA FIGURA DE CONTENCIÓN, SOBRE LA QUE SE TRABAJA ESPECÍFICAMENTE LA CREACIÓN DE UN VÍNCULO

Como ha planteado la Dra. Ana Jiménez, “La base fundamental es establecer de forma no intrusiva una relación privilegiada con el niño, respetando sus defensas, pero haciendo una aproximación paulatina para que estas puedan ir modificándose. Por ello desde el primer momento se intenta fomentar la

relación privilegiada con uno de los monitores, siendo la figura clave en el tratamiento”.

En el modelo de HdD que defendemos cada niño tendrá su terapeuta de referencia, que compartirá con otros niños de su grupo. El terapeuta asumirá las actividades de cuidado (incluyendo alimentación, higiene...) además de la dirección del grupo en tareas psicoterapéuticas y lúdicas.

Algo muy común a todos los niños pequeños con patologías graves es “la defensa autística”. El encuentro con el mundo resultó demasiado “catastrófico” y el niño se protegió manteniéndose en un mundo dirigido por sus propias sensaciones. Tustin (6) planteaba que “la experiencia de la separación física de la madre trae aparejada la concomitante distinción entre el yo y el no-yo, lo conocido y lo desconocido, lo familiar y lo extraño. Por varias razones el no-yo, ese ente extraño y desconocido, en el niño autista, resulta terrorífico en medida mayor de lo soportable”.

Winnicott nos habló de las funciones maternas de holding, handing pero también de la “presentación del objeto”. Planteaba la necesidad de una similitud en la presentación del objeto para que éste fuera asequible por el niño, quien sobre una modificación mínima iba permitiendo aceptar ese mundo cambiante y complejo al que podía acceder. La utilización del cuidador principal en HdD permite que esta función materna pueda desarrollarse de forma privilegiada reduciendo el riesgo de una intensificación del movimiento defensivo de aislamiento. Entendemos que en los HdD de niños mayores, la relación privilegiada con uno de los terapeutas, es probablemente un arma terapéutica a utilizar, pero las funciones que darán soporte tienen una cualidad diferente dado el distinto momento evolutivo emocional del niño.

A través de la relación con el terapeuta referente se pretende que el niño con un funcionamiento psicótico no quede invadido de angustias precoces desintegrativas al vivir la diferenciación yo/no-yo. Sobre esta figura principal de maternaje se realizará el despliegue de investimentos que permitirá una inclusión progresiva en un mundo más amplio donde los otros terapeutas son aceptados y buscados.

No debemos olvidar que en el Hospital de Día esta relación con los terapeutas se da en un entorno grupal. Si la diferenciación está resolviéndose de forma privilegiada con el cuidador principal, los esbozos de intersubjetividad que se están creando permiten que “el otro igual”, los otros niños, empiecen a ser vistos, mirados lentamente... sin que su presencia genere angustias catastróficas que le lleven a intensificar las maniobras de aislamiento. Inicialmente en la relación con los otros utilizará la imitación con un carácter adhesivo, ... pero posteriormente veremos que empiezan a interactuar en un espacio que tiene algo de transicional. Probablemente los movimientos, la planificación que copia de otro niño son muy adecuados a sus vivencias corporales, a sus sensaciones... y le permiten intensificar la diferenciación y ser utilizado posteriormente como puntos de identificación.

La situación grupal además obliga al niño a compartir al cuidador principal. Los otros pacientes aportan el ruido, las peleas, los celos, la competencia... pero también un juego compartido especial, que se desarrolla únicamente entre ellos. Mientras juegan, nos arrastran a los terapeutas a un lugar más lúdico y creativo, del que disfrutamos. Observar, respetar y facilitar que ese juego se pueda dar es quizás una de las tareas más importante del trabajo en Equipo.

Francisco Palacio Espasa planteaba (7): “el hecho de que el niño pase 5 días por semana en el HdD hace que en los funcionamientos psicóticos más regresivos, como el autismo, la relación terapéutica que en su contexto se produce constituye a priori una mejor indicación que la terapia analítica”. De la relación psicoterapéutica en un terapia analítica refiere que “el niño presenta más ansiedades de intrusión frente a los acercamientos de tipo simbólico y verbal”, por el contrario el terapeuta del HdD “aún teniendo el recurso de la verbalización, dispone de un abanico más amplio de acercamientos a través de los gestos y las actitudes interactivas de la vida cotidiana” “El acercamiento a través de los gestos favorece la elaboración rudimentaria de actividades intersubjetivas las cuales, con el paso del tiempo, se tornan más complejas para abrir de manera más natural la vía de los intercambios más abstractos que demandan la verbalización y el lenguaje”.

La cotidianeidad del funcionamiento de un HdD a tiempo completo permite la aparición de muchos elementos interactivos. Se introducen elementos aportados por los terapeutas y por los otros niños que permiten abrir una puerta peculiar, hasta ahora inexistente o inaccesible, que lleva a nuestro pequeño paciente a abandonar sus rígidos modelos defensivos previos. Insospechados elementos del día a día se vuelven terapéuticos gracias siempre al marco contenedor institucional. Estos elementos en una escuela normalizada serían prácticamente imposibles de ser tomados por el paciente, y por lo tanto ser terapéuticos.

2. UN HDD QUE ASUME A NIÑOS CON TRASTORNOS DIFERENTES

Desde la experiencia nos es evidente que la heterogeneidad de patologías permite un enriquecimiento de la experiencia terapéutica.

Misés (3) señalaba que “si los niños autistas comparten el espacio terapéutico con niños con otras patologías en las que hay un menor aislamiento y mayores capacidades de expresión y simbolización, se les ofrecerá posibilidades interesantes de comunicación”. Igualmente entendemos que niños con dificultades no tan graves como el autismo, se ven beneficiados de compartir el espacio terapéutico con niños que tienen dificultades distintas.

Tanto en las psicosis autísticas como en las psicosis no autísticas el peso de la indiferenciación, el funcionamiento disgregado, la angustias primitivas... requieren de un nivel de contención que creemos es muy difícil de mantener fuera de una estructura terapéutica que trabaje en equipo y con contención institucional. Por ello son éstas las indicaciones más claras de tratamiento intensivo en HdD.

Existen otros trastornos graves de la infancia donde la psicosis no está presente pero sí un gravísimo deterioro de los procesos de vinculación. Para provocar un cuadro así necesitamos una verdadera desatención de las necesidades ya no solo psíquicas del niño sino una inestabilidad de figuras, de

espacios y tiempos.... Siguiendo una de las ideas en que nos ha hecho pensar Lourdes Sánchez niños criados en una “incubadora” física que cambia de temperatura, de nivel de ruido, incluso de forma; una incubadora que oscila entre estar llena de objetos que provocan sensaciones o vacía. El niño se ve aproximado a la percepción de una soledad a la que se teme pues implica un vacío en el que uno no quiere verse nuevamente precipitado.

De hecho los estudios sobre los modelos de apego han demostrado que los que generan clara patología en la vida adulta son los patrones inestables,... peor que un modelo establemente ansioso/inseguro es el cuidador que da y quita; abraza y rechaza.

Es curioso que en ciertos niños estos Trastornos del vínculo no generen retracción y aislamiento de tipo autista, sino una manifestación conductual ávida de relación, pero que ataca la relación misma. Aunque nuevas figuras de relación sean ofrecidas, aunque sea pues colocado en un entorno incubadora diferente, ... el control omnipotente, la intolerancia a la frustración y la agresión son claramente manifiestas en la relación con el otro.

En los trastornos vinculares en que los patrones de relación han quedado como campo de batalla... consideramos que se precisa un tratamiento intensivo como el ofrecido en los HdD. Un alto nivel de contención favorece disminuir la intensidad de la agresión vivida frente a la relación y reescribir algo básico que se perdió en las primeras etapas.

Existen otros trastornos de la infancia donde el abordaje institucional de HdD está indicado, pero habríamos dibujado los principales trastornos en los que habitualmente es necesario un abordaje intensivo.

3. UN HDD QUE TRABAJA CON LOS PADRES

Es evidente que ya no es necesario justificar la necesidad de un trabajo con los padres en el trabajo de HdD, pero sí podemos señalar algunas características que tiene este abordaje al tratarse de niños pequeños.

La experiencia nos ha permitido constatar que en el HdD de niños pequeños, la colaboración de los padres en el tratamiento de sus hijos se encuentra en una posición especial. Los niños que presentan trastornos mentales graves suelen estar marcados por una mayor vulnerabilidad y dificultan mucho los cuidados parentales.

Sabemos también que en las primeras etapas del desarrollo el espacio psíquico entre madre y niño es tan pequeño que cambios en uno de los registros genera cambios en el otro.

Stern (8) defiende que tras el nacimiento de un bebé, y en especial si se trata del primero, la madre entra en una nueva y única organización psíquica a la que denomina “constelación maternal”.

Según este autor este hecho obliga a los clínicos a adoptar un marco distinto de tratamiento con un nuevo tipo de alianza terapéutica. Se trata de una nueva organización temporal cuya duración es muy variable, ya que oscila de meses a años. Pero durante ese tiempo se convierte en el principal eje organizador de la vida psíquica de la madre y deja a un lado las organizaciones o complejos nucleares previos que ocupaban ese papel central.

Ella considera una construcción psíquica única e independiente, que supone una situación privilegiada ya que permitiría a la madre una nueva oportunidad para un cambio psíquico interno.

Con esta idea de la constelación maternal Stern nos alerta que si no se aprecia el carácter y la predominancia de la constelación maternal, es difícil llegar a los principales temas subjetivos que experimenta la madre, a la estructura de los problemas por los que busca ayuda y por tanto la forma de alianza terapéutica que más necesita.

En el trabajo con los padres en el HdD de niños pequeños nos encontramos muy cercanos al período de Constelación maternal, por lo que si estamos atentos a sus características, probablemente las proyecciones patológicas sobre los hijos sean más movilizables y se puedan conseguir mayores cambios psíquicos que en etapas posteriores.

No quisiera finalizar mi presentación sin dejar planteados dos temas, que suscitan habitualmente mucho debate. Cada HdD debe conocer para qué tipo de pacientes su modelo es el más beneficioso... y debe reevaluarse ante cada paciente de forma periódica.

Parece que en los niños pequeños, más que en otras edades, nos vemos tan cercanos a la iniciación de las patologías que nos movemos con ciertas fantasías idealizadas de que siempre es posible reconducir el desarrollo. Ante la detección de las primeras alteraciones intentaremos que éstas no se consoliden como patrones inadaptados de funcionamiento, pero la experiencia nos irá mostrando cómo en ciertos pacientes nuestro objetivo terapéutico tendrá que limitarse a ciertos logros de objetivos (disminuir la ansiedad; trabajar específicamente las disfunciones motrices, sensoriales, de comunicación; frenar su inquietud; crear cierta capacidad de interacción) objetivos que no hay que menospreciar pues tendrán un valor crucial en la calidad de vida del niño y de su familia.

En la práctica clínica nos hemos encontrado con dos factores a considerar cuando pensamos en términos de indicaciones y contraindicaciones: factores del paciente y de la familia.

FACTORES DEL PACIENTE

Ciertos diagnósticos en etapas tempranas resultan devastadores por cuanto son comprendidos desde una óptica de la irreversibilidad, ello es injusto pues existen muchos aspectos a modificar. Pero en algunos de estos casos, no en todos, entendemos que el peso de una encrucijada constitucional los convierte en inmodificables.

En algunos niños la salida de una psicosis autística es imposible por patologías médicas de base; en otros el tiempo del aislamiento ha llevado al niño a una situación de "no retorno". Tustin (6) hablaba de un autismo regresivo en el que el "deterioro sufrido pronto se torna irreversible".

Quizás de este tipo de pacientes hemos aprendido que tenemos que saber reconocer cuándo la eficacia de nuestra intervención entrechoca con una falta de instrumentos en el niño que hace más indicado otro tipo de abordaje.

Pero si el mayor peso de las dificultades está en la interacción el reto de abordarla específicamente desde un modelo afectivo intensivo es la única salida y deberemos mantener el tratamiento.

Lo que desde luego hemos aprendido de algunos de nuestros fracasos terapéuticos es que la atención precoz es imprescindible. De ahí nuestra obligación no sólo de detectar los cuadros cuando se están instaurando sino de responder terapéuticamente lo antes posible con un tratamiento global e intensivo que desde el principio tome en cuenta aspectos interactivos y no sólo instrumentales.

FACTORES DE LA FAMILIA

En ocasiones nos encontramos funcionamientos familiares muy patológicos que impiden la evolución del niño. En esos casos en el HdD tenemos la sensación que reclamamos a nuestro pequeño paciente que desarrolle sus instrumentos yicos y sea capaz incluso de sostenerse afectivamente a sí mismo sin entorno contenedor.

Los estudios están demostrando que los traumas aislados no modelan el futuro del niño tanto como las relaciones en proceso con personas significativas. Vaillant (9) demostró que los mecanismos de defensa primitivos o de imagen distorsionada como aquellos típicos de personalidades narcisistas y limítrofes (escisión, negación, omnipotencia, devaluación, idealización primitiva) fueron adquiridos en parte por factores genéticos, pero de manera más importante a través de relaciones interpersonales.

Cuando el HdD se muestra incapaz de modificar el entorno patológico que rodea al niño, parece que prolongamos los tiempos de atención... pero la pequeña edad de nuestros pacientes hace irreal nuestras expectativas de que el niño se sostenga a sí mismo. Probablemente recursos de tipo residencial terapéutico sea la indicación cuando la familia está claramente desestructurada o tiene un riesgo social importante, pero ¿qué haremos cuando la dificultad es claramente la estructura psíquica de los padres? El HdD parece ser insuficiente para ayudar

a padres cuyo nivel de angustia o vicisitudes previas fueron tan graves que no son capaces de abandonar el funcionamiento psíquico defensivo que les generó. En esos casos la puerta de entrada hacia ellos no puede ser sólo el trabajo sobre las dificultades del hijo... y necesitaremos otras instancias terapéuticas.

El tratamiento de los niños se diferencia mucho del de adultos, e incluso del de adolescentes. Por eso los HdD de niños tienen unas características muy diferenciadas. Utilizando las palabras de Kanner (10): “mientras el esquizofrénico intenta resolver su problema saliendo de un mundo del que ha formado parte y con el que ha estado en contacto, nuestros niños se comprometen gradualmente, acercándose cautelosamente a un mundo en el que han sido completamente extraños desde el comienzo”.

En muchas ocasiones, pero no en todas, entendemos que un HdD reúne las condiciones óptimas para que ese acercamiento cauteloso se resuelva con éxito... pero aún nos queda mucho recorrido por realizar y el reto sería que nuestros pacientes siempre puedan decir del tiempo que pasaron con nosotros que les ofrecimos un “maternaje suficientemente bueno”.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Winnicott, D. (1951) Objetos y fenómenos transicionales. Estudio de la primera posesión “no yo”. En Winnicott (1979) *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp 313-330). Barcelona. Ed. Laia.
- (2) Guía.
- (3) Misés R. Pautas orientadoras en el tratamiento de la psicosis autísticas. En Parquet PhJ, Bursztein C, Golse B, Editores. *Autismo: Cuidados, educación y tratamiento*. Barcelona: Masson S.A; 1992. p. 17-31.
- (4) National Center for Clinical Infant Programs. Cero a tres. Clasificación Diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana. CD: 0-3. Buenos Aires: Paidós; 1997.

- (5) Torras E. El trastorno autista: una perspectiva actual. *Psicopatol. Salud ment.* 2006, 8: 65-71.
- (6) Tustin F. *Autismo y psicosis infantiles.* Barcelona: Paidós; 1987.
- (7) Palacio-Espasa F. Consideraciones sobre la acción terapéutica relacional y psicoterapéutica en las psicosis infantiles. *Psicopatol salud ment* 2004, 4: 41-50.
- (8) Stern, D. (1997). *La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos.* Barcelona: Paidós. "Orig" (1995).
- (9) Vaillant G., Bond M. y Vaillant C. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch General psychiatry* 1986; 43: 786-794.
- (10) Kanner L. Autistic Disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943; 2: 217-50.