



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

**LA PSICOSIS INFANTIL: PROCESO DE DETECCIÓN Y
DIÁGNOSTICO. ORIENTACIONES EDUCATIVAS EN LA
ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL.**

INFANT PSYCHOTIC DISORDER: PROCESS OF DETECTION AND
DIAGNOSTIC. EDUCATIONAL GUIDANCES IN THE STAGE OF
NURSERY EDUCATION.

AUTORA

Noelia López Lázaro

DIRECTORA

Paloma Larena Colom

FACULTAD DE EDUCACIÓN

Grado en Magisterio de Educación infantil

Año 2016

“La locura es la incapacidad para comunicar tus ideas. Como si estuvieras en un país extranjero, viendo todo, entendiendo lo que pasa a tu alrededor, pero incapaz de explicarte y ser ayudado porque no entiendes la lengua que hablan allí.”

Paulo Coelho. “*Veronika decide morir*”

Resumen

El trastorno psicótico infantil, a pesar de ser poco conocido actualmente, existe y está presente en nuestras aulas; por lo que resulta necesario que tanto educadores como padres sepan, a grandes rasgos, en qué consiste y de qué recursos disponen, para que los niños pertenecientes a estos colectivos estén correctamente atendidos y reciban la atención educativa que sus necesidades requieren. Todo ello teniendo en cuenta que, además de pertenecer a cierto colectivo, presentan diferencias individuales y que no se debe caer en el estigma o los prejuicios que aparecen al hablar de la enfermedad mental. Por ello, el objetivo de este Trabajo Fin de Grado es la investigación teórica de esta realidad y la aplicación práctica de las medidas educativas necesarias para la atención adecuada a los niños con esta patología, en la etapa de Educación Infantil.

Palabras clave: psicosis infantil, proceso de detección, necesidades educativas especiales, medidas educativas, Educación Infantil.

Abstract

Infant psychotic disorder, despite being quite unknown nowadays, exists and it's present in our classrooms. So it's necessary that both educators and parents know, in broad strokes, what it consists of and which resources they have, so that children belonging to these groups are properly cared for and receive the educational attention that their needs require. Considering all this, in addition to belonging to a certain group, they show individual differences and there must be no stigma or prejudices that appear when talking about mental illness. For this reason, this Final Degree's objective is the theoretical investigation of this reality and the practical application of the educational measures that are necessary for the adequate attention to children with this pathology, in the stage of nursery education.

Keywords: Infant psychotic disorder, detection process, special educational needs, educational measures, nursery education.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO	5
2. INTRODUCCIÓN TEÓRICA	8
2.1 DEFINICIÓN	8
2.2 SINTOMATOLOGÍA DEL TRASTORNO	12
2.3 HISTORIA	14
2.4 ETIOLOGÍA	16
2.5 CLASIFICACIÓN	18
2.6. LEGISLACIÓN RELACIONADA	22
2.7 ESTIGMA ASOCIADO A LA PATOLOGÍA	26
3. PROCESO DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO	30
3.1. FASE I: DETECCIÓN. FACTORES DE RIESGO Y SEÑALES DE ALERTA.	30
3.2. FASE II: PROCESO DE DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO	33
3.3. TIPOS DE TRATAMIENTOS: USMIJ Y ATENCIÓN TEMPRANA	40
4. ORIENTACIÓN EDUCATIVA	44
5.1 NECESIDADES EDUCATIVAS QUE PRESENTAN LOS ALUMNOS CON PSICOSIS INFANTIL	44
5.2 RESPUESTA EDUCATIVA EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL	48
5.3 EL CENTRO DE DÍA INFANTO JUVENIL DE MOVERA	51
5. CASOS PRÁCTICOS	53
5.1 CASO I.	54
5.2 CASO J.	60
6. CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL	66
7. BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXO I: ANAGRAMA DE FUNCIONAMIENTO	73
ANEXO II: INFORME PSICOPEDAGÓGICO	74

1. Introducción y justificación del tema elegido

El presente Trabajo Fin de Grado, perteneciente al Grado de Maestro en Educación Infantil, versa sobre la Psicosis infantil, incluyendo una revisión teórica sobre la misma y diversas indicaciones para dar respuesta, a nivel educativo, a las necesidades y dificultades que puedan presentar los alumnos con este tipo de problemática.

Las causas que me han llevado a elegir esta temática como tópico de la investigación se deben, fundamentalmente, al gran interés que me despierta este trastorno; desde todo lo relacionado con los síntomas que, de forma general, lo caracterizan, hasta las múltiples diferencias individuales que se pueden observar de un sujeto a otro. Además, debido a que es un trastorno menos común que otras problemáticas del desarrollo, la formación que hemos recibido al respecto ha sido menor, lo que me lleva a querer profundizar más sobre el mismo.

Uno de los aspectos de la carrera que más me ha gustado ha sido todo lo relacionado con las diferentes problemáticas del desarrollo infantil y la atención a la diversidad. Me decanté por cursar este Grado por vocación, puesto que siempre me ha interesado la educación y en concreto, la etapa de Educación Infantil, ya que considero que es un período en el que los alumnos todavía tienen muchas cosas por descubrir y, al mismo tiempo, creo que es una etapa fundamental en el ser humano, puesto que sienta las bases para el desarrollo posterior de la personalidad, la capacidad de afrontamiento, capacidad de adaptación, etc.

No obstante, he de reconocer que cuando comencé la carrera hace 4 años, mis conocimientos sobre el desarrollo infantil y la atención a la diversidad eran muy escasos. Ha sido la incorporación de los diferentes contenidos teóricos a lo largo del Grado, así como la realización de diferentes casos prácticos, la visualización de videos y la vivencia en las prácticas escolares, lo que me ha permitido incrementar mis conocimientos sobre esta temática, gracias a lo cual he podido indagar más en el tema y realizar este trabajo de reflexión teórico-práctica.

En relación con lo mencionado anteriormente, creo que este trabajo está relacionado con varias de las asignaturas que componen el plan de estudios del Grado, pero, sobre todo, con aquellas orientadas a la atención a la diversidad en el aula y a la respuesta a las distintas necesidades que puedan presentar nuestros alumnos. Las

asignaturas que considero más relacionadas son las siguientes: “*Psicología del Desarrollo I y II*” (de primer curso), “*Trastornos del Desarrollo*” (de segundo curso), “*La escuela de Educación Infantil*” y “*Psicología y Salud Infantil*” (de tercer curso) y, más concretamente, las asignaturas que he cursado este último curso en la mención de Atención a la Diversidad: “*Atención Temprana*”, “*Psicopatología Infantil*” y “*Respuestas Educativas a Necesidades Específicas*”.

También me gustaría destacar que durante la realización de las Prácticas II, las Prácticas III y las Prácticas de mención de Atención a la Diversidad, que tuve la suerte de realizar en el mismo centro y en la misma aula, pude observar la evolución de una niña que presentaba los síntomas propios de este tipo de problemática.

A la par de su evolución, pude observar cómo los diferentes maestros que le daban clase tenían dudas sobre cómo reaccionar ante algunas de sus conductas y se quejaban de sentirse frustrados, en ocasiones, ante la falta de información y de formación. Otros trastornos del desarrollo están más estudiados y cuentan con más recursos al alcance de maestros y padres; sin embargo, en el caso de la psicosis, no es así. Esta experiencia también fue determinante a la hora de elegir el tema, puesto que, consideré que, eligiéndolo, la realización de mi último trabajo en la carrera podría servir además como una herramienta muy útil de cara al ejercicio práctico de mi futuro profesional como docente.

Finalmente, me gustaría mencionar que otra de las razones que me han llevado a elegir la psicosis infantil como tema del trabajo, es que actualmente compagino la finalización del Grado de Maestro en Educación Infantil de la Universidad de Zaragoza con el Grado de Psicología por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), puesto que mi intención es especializarme, a un nivel más profundo, en todo lo relacionado con los procesos psicológicos que tienen lugar a lo largo del desarrollo del ser humano en las primeras etapas.

Para concluir con este primer apartado introductorio, quisiera mencionar los bloques que estructuran este trabajo, con el objetivo de favorecer así una mejor comprensión del mismo.

En primer lugar, se incluye un apartado teórico con el que se pretende acercar al lector a la problemática de la psicosis infantil, abordando aspectos tales como la historia

del trastorno, su definición, la sintomatología del mismo, la legislación que lo regula, su etiología o el estigma que lo acompaña.

En segundo lugar, se describe de forma exhaustiva el proceso de detección y diagnóstico, tanto clínico como educativo, que se sigue ante la sospecha de una problemática de este tipo, incluyendo tanto el proceso en sí como las instituciones u organismos que intervienen.

En tercer lugar, aparece el bloque más relacionado con el ámbito educativo, en el que se incluye una descripción de las necesidades educativas que el alumnado con psicosis infantil presenta y una recopilación de orientaciones para maestros que tengan en sus aulas alumnado de estas características.

Por último, se incluyen, a modo de ejemplo, dos casos prácticos y un apartado de conclusiones finales que recoge todas las reflexiones, conocimientos adquiridos y vectores para seguir profundizando en el tema en un futuro.

2. Introducción teórica

2.1 Definición

La primera de las dificultades que nos encontramos a la hora de abordar el tema de la psicosis infantil, es la diversidad terminológica que alberga, aspecto que dificulta en gran medida el obtener una definición clara y precisa.

De forma previa a la definición de la psicosis infantil, considero relevante definir el concepto de Salud Mental Infanto-Juvenil. Atendiendo a la definición expuesta por la Health Committee/House of Commons en su 4º informe (1996-1997), recogida a su vez en el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil del Servicio Aragonés de Salud (2003), los criterios de normalidad en salud mental del niño/joven son:

- Capacidad de acceder a relaciones mutuamente satisfactorias y mantenerlas.
- Progreso en el desarrollo psicológico.
- Capacidad de jugar y aprender de una manera apropiada a la edad y al nivel intelectual.
- Desarrollo del sentido del bien y del mal.
- Que el grado de malestar y conducta desadaptada no exceda los límites apropiados de la edad del niño y de su contexto.

Resulta importante resaltar que de un tiempo a esta parte la especificidad de la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), admitida por los expertos del ámbito sanitario, y avalada por las más altas instancias de orden internacional y nacional.

Atendiendo a la raíz etimológica de la palabra psicosis, encontramos que ésta proviene del griego y significa:

1. f. (Psiquiatría/Psicol.) *“Nombre común que se aplica a todas las enfermedades mentales”*
2. f. (Psiquiatría/Psicol.) *“Enfermedad mental caracterizada por delirios o alucinaciones, como la esquizofrenia o la paranoia”*

Los componentes léxicos de dicha palabra son el término *“psyche”*, que significa “alma o espíritu”, más el sufijo *“-sis”*, que significa “enfermedad o proceso patológico”.

Como podemos observar, uno de los conceptos fundamentales de la definición anterior es el “enfermo mental”. Tradicionalmente, las personas con enfermedad mental han sido consideradas, coloquialmente, como “locos, enajenados, dementes..” con matices diferentes según las culturas. Todos estos términos tienen cierto significado de miedo y extrañeza hacia la persona así nombrada, y ésta es una de las razones fundamentales que, junto con la falta de información, explican el estigma que sufren las personas psicóticas.

Dejando a un lado el término citado anteriormente e intentando buscar una definición más rigurosa y específica, podemos citar, entre otras, la propuesta por Goldman et al. (1981), recogida más tarde por Liberman (1993): *“un grupo en el que se encuentran las personas que sufren trastornos mentales severos y persistentes en el tiempo, que interfieren sus capacidades funcionales en la vida diaria (higiene personal, autocuidado, las relaciones inter-personales y la actividad laboral o formativa) y que dificultan su integración social de forma normalizada y autónoma.”*

Siguiendo a Lezcano (2013), de esta definición podemos extraer dos conceptos claves o criterios, que deben cumplirse a la hora de establecer un diagnóstico de este tipo.

En primer lugar, considero importante mencionar que, dado que en la definición se hace referencia a un grupo personas con una serie de características similares, es inevitable hablar de una categorización o clasificación. En función de la clasificación a la que recurramos, encontramos distintas agrupaciones de los trastornos mentales. Actualmente, las dos grandes clasificaciones que más se utilizan en Psicología y Psiquiatría son DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) propuesta por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés American Psychiatric Association o APA) y CIE (*Clasificación internacional de enfermedades*) propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Cada una de ellas cuenta con diferentes versiones, siendo las más actuales ahora mismo la DSM-5 y la CIE-10 (se está preparando la CIE-11, cuya fecha de publicación se estima para el año 2017), aunque resulta importante destacar que, dentro de una misma clasificación, existen variaciones dependiendo de la versión que estemos manejando.

Otra de las definiciones que considero importante reseñar es la aportada por el propio manual DSM 5, en el que se expone que *“un trastorno mental es un síndrome*

caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes”.

En segundo lugar, otro de los aspectos fundamentales de la definición es la interferencia en las capacidades funcionales de la persona, es decir, la presencia de discapacidad. Dichas dificultades, presentes en este colectivo, deben entenderse como: limitaciones en la actividad (dificultades en el desempeño y la realización de actividades cotidianas) o restricciones en la participación (problemas al involucrarse en situaciones vitales de las personas afectadas).

No obstante, a pesar de las dificultades, sí que es posible conseguir cierta adaptación al medio. Para ello, la persona necesitará apoyos a lo largo de toda su vida. Estos apoyos variarán en función de las características de la persona, su evolución y el ámbito en el que se desarrollen (laboral, social, educativo, económico, ocio, etc.). Además, en los casos más graves, la persona puede llegar a requerir que se le facilite el acceder a un piso supervisado para personas con enfermedad mental o a una residencia.

Para finalizar con este epígrafe, expongo algunos datos estadísticos sobre salud mental tanto a nivel mundial como a nivel estatal:

DATOS A NIVEL MUNDIAL
Una de cada cuatro personas, o lo que es lo mismo, el 25% de la población, tendrán un trastorno mental a lo largo de su vida.
450 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por una enfermedad mental, neurológica o conductual, que dificulta gravemente su vida.
Se prevé que las enfermedades mentales aumenten considerablemente los próximos años.
Las enfermedades mentales representan el 12,5% de todas las patologías, un porcentaje superior al del cáncer y los trastornos cardiovasculares.
Menos del 25% de los afectados por una enfermedad mental es diagnosticado y tratado correctamente en los países occidentales.

DATOS A NIVEL MUNDIAL (Cont.)
Entre un 35% y un 50% de las personas con enfermedad mental de los países occidentales no recibe ningún tipo de tratamiento.
Un 1% de la población mundial desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida.
Menos del 3% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia y otras psicosis comenten actos de violencia.

DATOS EN ESPAÑA
Entre el 2,5% y el 3% de la población adulta tiene una enfermedad mental grave. Esto supone más de un millón de personas.
El 9% de la población padece algún tipo de trastorno mental (grave o leve) y el 15 % lo tendrá a lo largo de su vida.
Se calcula que la esquizofrenia afecta a cerca del 0,7% de la población española y el trastorno bipolar al 0,5%.
Más de la mitad de las personas con enfermedad mental que necesitan tratamiento no lo reciben, y un porcentaje significativo no recibe el adecuado.
Las familias asumen la mayor parte de los cuidados de las personas con enfermedad mental. El 88% de la atención prestada por diferentes servicios, la llevan a cabo cuidadores informales.
El 10% de las personas con discapacidad lo son por causa de una enfermedad mental.
El empleo es uno de los principales ámbitos de estigmatización: sólo el 5% de las personas con enfermedad mental tiene un empleo regular, y el 44% aseguran haber sufrido algún tipo de discriminación laboral.

Los datos utilizados en la elaboración de las tablas han sido obtenidos de “Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo”, guía elaborada por la asociación FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares Y Enfermos Mentales) en el año 2008.

2.2 Sintomatología del trastorno

La sintomatología propia de la psicosis infantil es la siguiente:

- Ideas delirantes y alucinaciones, tienden a sobreinterpretar estímulos del exterior.
- Problemas del lenguaje: discurso desorganizado, lenguaje incoherente, problemas para estructurar el mensaje, desconexión ante enunciados largos, preferencia por la utilización del significado dominante de las palabras, limitaciones a la hora de establecer relaciones causales o inferir información más allá de la literalidad, falta de utilidad.
- Comportamiento desorganizado.
- Alteraciones en la conducta motora.
- Expresión emocional nula o muy escasa.
- Cambios radicales de humor. Estado de ánimo hipomaniaco, que se confunde con hiperactividad.
- Conducta autista o de aislamiento o conductas sociales extravagantes.
- Falta de interacción social.
- Pensamiento poco fluido, poca productividad de pensamiento.
- Incapacidad para iniciar un comportamiento y terminarlo (pérdida de voluntad).
- Fatiga ante las tareas o actividades.
- Disfunciones en una o varias áreas de funcionamiento.
- Fragmentación de la imagen corporal.

De todos los rasgos expuestos anteriormente, posiblemente uno de los más característicos del trastorno psicótico son las alucinaciones y las ideas delirantes. Alucinaciones y delirios son dos términos que se suelen utilizar de forma conjunta, sin embargo, es importante saber diferenciarlos, puesto que no todo aquel que padece alucinaciones tiene delirios y viceversa.

Una **alucinación** es *una percepción que tiene la persona sin que haya un estímulo físico presente*. El niño que padece una alucinación considera esta percepción como real. No es consciente de que no existe ningún estímulo físico presente.

En función del sentido con el que se relacionen, las alucinaciones pueden ser:

- Visuales: Ver algo que realmente no está ahí.
- Olfativas: Oler sin que haya nada que desprenda olor.
- Táctiles: Notar contacto o presión en partes de su cuerpo, sin que nada físico contacte con la persona.
- Auditivas: Escuchar voces, pueden venir de fuera o en ocasiones la persona las “escucha” directamente. Son las más habituales en los niños psicóticos.
- Gustativa: La persona nota sabores extraños o desagradables.

Se pueden dar por separado o de forma conjunta; es decir, pueden afectar a un solo sentido o a varios a la vez: una persona puede “ver y oír” a otra persona.

Un **delirio** es *una creencia que es falsa, extravagante o con una significación personal, no compartida con el resto*. Dicha creencia es rígida e incuestionable y, aunque el niño tenga pruebas claras de lo contrario, sigue interpretando la realidad de esa manera.

Otro de los rasgos más característicos de los niños con psicosis infantil son los **trastornos del lenguaje** que presentan. Ese lenguaje desorganizado, en ocasiones incoherente y con una estructura poco comprensible se debe a la falta de capacidad que estos niños tienen para estructurar y organizar el pensamiento. Según Marcelli y Ajuiguerra (1996) se dan también estereotipias verbales, neologismos extraños y soliloquios. El niño psicótico puede utilizar «palabras-frase» o «palabras-maleta» para designar un conjunto relacional percibido anteriormente.

En este sentido, uno de los aspectos más importantes es que el lenguaje carece de una función comunicativa útil y real o al menos el placer no reside en dicha comunicación. Además, la indiferencia ante el lenguaje del otro suele ser habitual, incluso la protección ante las palabras de los otros. Esta incapacidad para establecer una comunicación funcional, es lo que ocasiona que el niño tenga problemas para socializar con sus iguales, lo que favorece la falta de interacción social y la conducta de aislamiento.

En lo que respecta a las **funciones intelectuales**, Marcelli (1996) afirma que a menudo puede constatarse el déficit intelectual. La profundidad de dicho déficit es variable así como su evolución. Diversas funciones específicas, como la organización

espacio-temporal, pueden hallarse perturbadas, pero también de forma anárquica, con éxitos a menudo desconcertantes en un determinado sector.

También resulta importante señalar la **difficultad en la integración del esquema corporal**. El cuerpo es una construcción que debe hacer la persona durante la primera etapa de su desarrollo. En este sentido, Lacan afirma que para que haya un cuerpo hace falta un organismo viviente más que una imagen.

Ahora bien, según Castrillo (2011) este proceso de apropiación de una imagen del cuerpo como algo unificado (que es la matriz del sentimiento del yo) puede fracasar por completo. Cuando esto sucede, es cuando aparecen ciertos fenómenos de la vivencia del cuerpo y de sentimientos de despersonalización que observamos en la psicosis. Un ejemplo de este tipo de fenómenos sería cuando un niño esquizofrénico nos dice que “*su cabeza está un metro por debajo de su tronco*” o cuando observamos dibujos extraños de la figura humana: *muñeco sin piernas, cuerpo mutilado, sin respeto por las proporciones habida cuenta la edad, etc.*

Al igual que sucede en el adulto, la problemática del niño podrá derivar en una vertiente más **paranoide** (con una posible construcción de personalidad) o por el contrario más **esquizofrénica** (desorganizada).

2.3 Historia

En primer lugar, me gustaría mencionar que la clínica psiquiátrica infantil se ha desarrollado con mucho retraso respecto a la del adulto. Tal y como afirma Egge (2008), hasta el siglo XIX los trastornos mentales del niño estaban comprendidos dentro de la noción de *idioticia* que, según Esquirol, hacía referencia a una enfermedad congénita o adquirida muy precozmente. Según esta concepción, el yo infantil no está formado todavía y, por consiguiente, no puede presentar una *perversión* duradera. En esta línea, autores como Seguin en “*Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés*” (1846) o Moreau de Tours en “*La Folie chez l’enfant*” (1888) afirman que no es posible encontrar casos de alienación mental en sujetos de menos de diez años.

No obstante, con la llegada del siglo XX se produce un cambio de perspectiva. Tanto es así que Mardomingo (1994) afirma que si “la historia de la esquizofrenia es la

historia misma de la psiquiatría” (Colodron, 1983), la historia de las psicosis infantiles ha marcado la psiquiatría del niño y del adolescente a lo largo del siglo XX.

En 1906, se produce el primer diagnóstico en el que la *dementia* ya no es considerada idioticia sino locura. Dicho diagnóstico es la *dementia praecocissima*, elaborado por el médico, psicólogo y psiquiatra Sancte De Sanctis. De Sanctis aplica este cuadro clínico a los niños pequeños, en analogía con el diagnóstico de Emil Kraepelin de *dementia praecox*.

En 1909 Heller describe un cuadro clínico similar al de De Sanctis, al que llama *dementia infantilis* (en un futuro tomará el nombre de su autor, pasando a llamarse *dementia* de Heller), que se caracteriza por una progresiva disminución de las funciones mentales a partir del tercer o cuarto año de vida, que en el lapso de uno o dos años, alcanza un cuadro de demencia estacionario.

Todos estos cuadros se caracterizaban por comenzar en los primeros años de la vida y por acompañarse de estereotipias gestuales, manierismos, pobreza de lenguaje y deterioro progresivo. A partir de aquí y tras la incorporación por Bleuer del término esquizofrenia en 1911 para indicar la disgregación y ruptura de la personalidad, se elaborarán los conceptos de esquizofrenia infantil y de psicosis infantil.

Más tarde, en 1943, destaca la descripción por parte de Kanner del autismo infantil precoz que, unida a la progresiva influencia de la psiquiatría americana, contribuyó a la casi desaparición del término esquizofrenia de las publicaciones psiquiátricas infantiles.

Contemporáneamente a la publicación del primer artículo de Kanner, Hans Asperger presentaba el estudio “Die “Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter” (“Los “*psicópatas autistas*” en edad infantil”), que fue publicado en 1944. Al contrario de lo sucedido con Kanner, Hans Asperger fue ignorado fuera de los países de habla alemana hasta mediados del siglo pasado, cuando comienza una discusión acerca de las diferencias existentes entre los autistas descritos por Kanner y los descritos por Asperger. Es a partir de los años ochenta cuando la propuesta de Hans Asperger comienza a tener relevancia a nivel internacional.

Según Egge (2008), Asperger diferencia la psicopatología autista del autismo esquizofrénico, puesto que entiende que en el caso de la psicopatología autista, no se

trata de niños con el trastornos en el centro de la personalidad, por lo tanto no son psicóticos, sino solamente más o menos anómalos, psicopáticos.

Tras esta diferenciación, Egge establece una comparativa entre el autismo de Leo Kanner y la psicopatía autista de Hans Asperger:

Autista de Kanner	Psicopatía autista de Hans Asperger
Estudia a ambos sexos	Estudia únicamente a varones
Retraso o ausencia total de lenguaje	Adquisición del lenguaje dentro de los parámetros normales
Hábil a nivel motor	Retraso neuromotor, perturbación motora y manual. Es disarmónico.
Nivel de inteligencia comprometido.	Inteligencia normal o por encima de la media.

Los datos utilizados en la realización de la tabla han sido obtenidos del libro “El tratamiento del niño autista” M. Egge (2008).

Posteriormente, la nomenclatura de los trastornos expuestos por Kanner y Asperger ha pasado por diferentes fases. Hace unos años se diferenciaba entre ambos denominando al primero “autismo” y al segundo, “síndrome de Asperger”. Actualmente, ambos se consideran fases o etapas de un mismo continuo llamado “Trastorno del Espectro Autista (TEA)”.

Para concluir con este epígrafe, me gustaría aclarar que el termino psicosis infantil ha incluido tradicionalmente un indefinido grupo de trastornos. Recientemente, las clasificaciones de uso más extendido en la actualidad, mencionadas en el epígrafe anterior, han sustituido esta denominación por la de trastornos profundos o generalizados del desarrollo (TGD).

2.4 Etiología

Según Egge (2008), al manifestarse en el niño una psicosis del tipo que sea, entran en juego varios factores, ya sea de tipo orgánico-genético o de carácter psicológico-ambiental. En este sentido, a pesar de las numerosas investigaciones que se están llevando a cabo de un tiempo a esta parte, actualmente todavía no podemos afirmar con exactitud cuál es la causa que explica el trastorno psicótico infantil.

No obstante, a continuación paso a describir de forma breve las principales hipótesis causales que pretenden explicar la psicosis desde los diferentes enfoques:

Enfoque biológico

Según esta orientación, existe cierta relación entre los diferentes tipos de psicosis y las enfermedades neurológicas, bioquímicas y genéticas, puesto que se presume cierto grado de conexión en relación a los factores causales. En esencia, para los autores que defienden estas teorías existe una etiología clara de tipo biológico. Dentro de este enfoque, se mencionan como problemáticas biológicas posiblemente relacionadas a:

- Causas orgánicas prenatales, perinatales y postnatales.
- Alteraciones estructurales del cerebro.
- Enfermedades dismetabólicas.
- Otro tipo de síndromes.
- Factores genéticos.

En los últimos años este enfoque está en auge, puesto que se han intensificado las investigaciones centradas en esta orientación biológica y se han realizado grandes avances, aunque todavía no se han obtenido resultados concluyentes.

Enfoque cognitivo-conductual

Los autores pertenecientes a este enfoque sostienen la idea de que es nuestra capacidad cognitiva la que guía la conducta. Por tanto, las causas del trastorno psicótico infantil residen en cierto déficit en dicha capacidad cognitiva. Tal y como afirma Egge (2008) para los cognitivistas, es fundamental la comprensión de los procesos cognitivos dentro de este trastorno, con el fin de encontrar estrategias eficaces para mejorar el déficit cognitivo.

Para la mayoría de los profesionales que defienden este enfoque, en el trastorno psicótico infantil son relevantes los déficits en la selectividad y en el desplazamiento de la atención, en la abstracción de la información, en el razonamiento, en la semántica y en la pragmática del lenguaje, y en consecuencia las dificultades de comunicación interactiva.

Dentro de este enfoque encontramos teorías como el Enfoque Etológico o la Teoría de la Mente.

Enfoque psicodinámico

A partir de los años cincuenta, Bateson (1979 citado en Egge, 2008) y su grupo elaboran una teoría psicodinámica de los trastornos psiquiátricos partiendo de la esquizofrenia como trastorno relacional dentro del ámbito familiar. Esta teoría está basada en la convicción de que las psicosis deben considerarse fenómenos puramente psicógenos, es decir, fenómenos que se originan por causas psicológicas o emocionales, sin que haya una etiología biológica clara.

Egge (2008) defiende que según la visión sistémica, el proceso interactivo familiar que conduce a la psicosis del niño se estructura a lo largo de tres generaciones, durante las cuales domina la frustración y la desilusión en las relaciones entre los individuos. Además, trata de encontrar las explicaciones o el enfoque terapéutico en las interacciones entre los seres humanos, sirviéndose de la observación directa para poder verificar la hipótesis realizada.

No obstante, me gustaría aclarar que he decidido no extenderme más en la explicación de los diferentes enfoques puesto que no es objeto de este trabajo demostrar la supremacía de una de estas hipótesis sobre las demás a la hora de explicar la etiología de la psicosis infantil.

2.5 Clasificación

Como he mencionado anteriormente, actualmente las dos clasificaciones más utilizadas en Psicología y Psiquiatría son DSM y CIE, siendo sus versiones más actuales, la DSM-5 y la CIE-10.

En rasgos generales, se puede afirmar que, en lo que respecta a aquellos trastornos más relacionados con la etapa infanto-juvenil, ambas clasificaciones tienen poco en cuenta el factor evolutivo así como las diferencias de expresión de los síntomas según la edad, lo que dificulta la categorización. En relación con esto, destaca especialmente el caso de la DSM-5, que ni siquiera cuenta con un apartado específico en el que se recojan los trastornos que afectan al desarrollo infantil y a la etapa juvenil. Esto resulta especialmente llamativo puesto que la versión anterior (DSM-IV) sí contaba con dicho apartado, aspecto que ha ocasionado que muchos de los profesionales, tanto psicólogos como psiquiatras, cuestionen esta última versión.

Tras analizar ambos manuales diagnósticos, a continuación expongo cómo se encuentra recogido y clasificado el trastorno psicótico infantil dentro de cada uno de ellos.

Por un lado, en el caso de la CIE-10, encontramos el apartado F84, que hace referencia a los trastornos generalizados del desarrollo, es decir, a un “*grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas características de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades. Estas anomalías cualitativas son una característica generalizada del comportamiento del individuo en todas las situaciones, aunque su grado puede variar. En la mayoría de los casos el desarrollo es anormal desde la primera infancia y sólo en contadas excepciones, las anomalías se manifiestan por primera vez después de los cinco años de edad. Es habitual, aunque no constante, que haya algún grado de alteración cognoscitiva general, aunque estos trastornos están definidos por la desviación del comportamiento en relación a la edad mental del niño (retrasado o no)*”. De todos los expuestos en este apartado F84, la psicosis infantil se incluye dentro de los siguientes:

- **F84.0 Autismo infantil:** Trastorno generalizado del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictivas. Por lo general no hay un período previo de desarrollo inequívocamente normal pero, si es así, el período de normalidad no se prolonga más allá de los tres años.

Incluye:

- Autismo infantil.
 - Síndrome de Kanner.
 - Psicosis infantil.
 - Trastorno autístico.
- **F84.1 Autismo atípico:** Trastorno generalizado del desarrollo que difiere del autismo en que el desarrollo anormal o alterado se presenta únicamente después de los tres años de edad o en que faltan anomalías suficientemente demostradas en una o dos de las tres áreas de psicopatología requeridas para el diagnóstico de autismo (la interacción social, el trastorno de la comunicación y el

comportamiento restrictivo, estereotipado y repetitivo), a pesar de la presencia de características de una o dos de las otras áreas.

Incluye:

- Retraso mental con rasgos autísticos.
- Psicosis infantil atípica.
- **F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia:** Trastorno profundo del desarrollo definido por la presencia de una etapa previa de desarrollo normal antes del comienzo del trastorno, por una fase bien definida de pérdida de capacidades previamente adquiridas, que tiene lugar en el curso de pocos meses y que afecta como mínimo a varias áreas del desarrollo, junto con la aparición de anomalías típicas del comportamiento social y de la comunicación.

Incluye:

- Psicosis desintegrativa.
- Síndrome de Heller.
- Dementia infantilis.
- Psicosis simbiótica.
- **F84.5 Síndrome de Asperger:** Trastorno de validez nosológica dudosa, caracterizado por el mismo tipo de déficit cualitativo de la interacción social propio del autismo, además de por la presencia de un repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de actividades e intereses. Difiere sin embargo del autismo en que no hay déficits o retrasos del lenguaje o del desarrollo cognoscitivo.

Incluye:

- Psicopatía autística.
- Trastorno esquizoide de la infancia.

Por otro lado, en el caso del DSM-5, debemos dirigirnos a la sección II, en la que encontramos el apartado “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”. A continuación menciono los trastornos que constituyen dicho apartado:

- **Trastorno delirante 297.1 (F22)**
- **Trastorno psicótico breve 298.8 (F23)**
- **Trastorno esquizofreniforme 295.40 (F20.81)**
- **Esquizofrenia 295.90 (F20.9)**

- **Trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar 295.70 (F25.0) o de tipo depresivo 295.70 (F25.1)**
- **Trastorno psicótico debido a otra afección médica con delirios 293.81 (F06.2) o con alucinaciones 293.82 (F06.0)**
- **Catatonía 293.89 (F06.1)**
- **Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico 298.8 (F28)**
- **Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico 298.9 (F29)**

Como puede observarse, existe correspondencia entre ambas clasificaciones, puesto que el número que aparece entre paréntesis en la DSM-5 es la nomenclatura de ese mismo trastorno en la CIE-10.

Además, el DSM 5 también incluye un apartado titulado “Trastornos del desarrollo neurológico”, que contiene dos subgrupos relacionados con la psicosis infantil: el Retraso global del desarrollo (RGD) y el Trastorno del espectro del autismo (TEA)”.

Retraso global del desarrollo 315.8 (F88): Este diagnóstico se reserva para individuos menores de 5 años cuando el nivel de gravedad clínica no se puede valorar de forma fiable durante los primeros años de la infancia. Esta categoría se diagnostica cuando un sujeto no cumple con los hitos de desarrollo esperados en varios campos del funcionamiento intelectual, y se aplica a individuos en los que no se puede llevar a cabo una valoración sistemática del funcionamiento intelectual, incluidos niños demasiado pequeños para participar en las pruebas estandarizadas. Esta categoría se debe volver a valorar después de un período de tiempo.

Trastorno del espectro del autismo 299.00 (F84.0) Incluye la siguiente NOTA: *“A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).”*

2. 6. Legislación relacionada

Si recurrimos a la legislación, encontramos numerosas leyes, tanto de carácter nacional como autonómico, en las que aparecen reflejados aspectos relacionados con la atención, protección y cuidado de los niños con trastorno psicótico, a lo largo de su vida.

De una manera más general, en lo que respecta al ámbito internacional, considero importante mencionar **La Carta de los Derechos del Niño** aprobada por la Organización de Naciones Unidas en 1959, y ratificada por el Parlamento Español en 1990, que otorga un papel protagonista al menor en la sociedad por primera vez y reconoce que *la infancia debe ser atendida en sus necesidades físicas, psíquicas y sociales, en lugares apropiados y por profesionales cualificados especialmente para esta etapa de la vida.*

También me gustaría destacar **La Convención sobre los Derechos de los Niños**, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 (la adhesión de España fue publicada en el BOE de 31 de diciembre 1990), que regula los derechos de los niños para la mejora de sus condiciones de vida en todos los países.

Según dice el artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), aprobada en 1989, *“se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”*. Además de ser un colectivo claramente definido en cuanto a un rango de edad, cabe destacar que, a partir de este momento, los niños ya no serán considerados objetos de cuidados, sino que se les considerará sujetos de derechos. Los principios o ideas transversales que regulan toda la convención y le dan estructura y sentido global son: la no discriminación, el interés superior del menor, el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo y la participación. En la CDN hay un total de 41 artículos que describen los diversos derechos de la infancia. Dichos derechos, que son de obligado cumplimiento, se agrupan en cuatro bloques:

- Derechos del desarrollo.
- Derechos de supervivencia.
- Derechos de protección.
- Derechos de participación.

Además, en el ámbito sociosanitario encontramos también legislación específica sobre la salud mental. En concreto, a nivel nacional, destacamos:

La Ley de Sanidad (1986), que dedica el tercer capítulo a la salud mental. En esta ley se promociona el modelo de rehabilitación psicosocial y se inicia el proceso de «desinstitucionalización», que se basa, entre otros aspectos, en la participación social, a través de los recursos comunitarios, de las personas con enfermedad mental.

Resulta destacable que en las revisiones y evaluaciones que se realizaron sobre una de las leyes más importantes, la **Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI)**, elaborada en 1986 y revisada en 1993, no se encontraba referencia alguna al colectivo, a pesar de que varias instituciones internacionales (ONU, UNESCO, Unión Europea, etc.) venían señalando la necesidad de hacerlo.

A nivel autonómico, encontramos también el **Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil (SMIJ)** elaborado en el año 2003 por el Servicio Aragonés de Salud, que actualiza los planteamientos del “*Proyecto para la Atención en Salud Mental Infanto-Juvenil en la Comunidad Autónoma de Aragón*” realizado en el año 1988. Dicho programa incluye aspectos como: los conceptos clave, el equipo profesional que se encarga de la Salud Mental Infanto-Juvenil y la organización de la misma en nuestra Comunidad (administración, gestión, funcionamiento de los servicios, etc.)

Además, el programa propone nuevas estrategias para la atención en Salud Mental Infanto-Juvenil y pretende ser un instrumento de gran utilidad para los distintos servicios de infancia y juventud que, de una manera u otra, aparecen mencionados en el programa (Atención Primaria, Educación, Servicios Sociales y Salud Mental Infanto-Juvenil).

Asimismo, en el ámbito educativo también encontramos legislación específica sobre este tema, tanto a nivel nacional como autonómico. En primer lugar, a nivel nacional, considero relevante mencionar las siguientes normas:

La Ley General de Educación (1970) es la primera referencia legislativa en la que se hace alusión a alumnos que presenten algún tipo de necesidad educativa especial. No obstante, dicha Ley planteaba un modelo de exclusión, ya que establecía que los alumnos que presentasen necesidades especiales deberían asistir a centros especiales en los que recibirían una educación similar a la ordinaria.

La Constitución Española (1978), que en el artículo 27.1, reconoce el *derecho a la educación de todos los españoles y, en el artículo 27.4, señala que la enseñanza básica es obligatoria y gratuita.*

Durante los 8 años que separan las dos normas mencionadas anteriormente; concretamente, en 1975, se crea el **Instituto Nacional de Educación Especial (1975)**. Tres años más tarde de su creación, a consecuencia de lo expuesto en la Constitución, dicho instituto elabora el Plan Nacional para la Educación Especial, en el que se establecen principios de normalización, integración y atención personalizada (se produce un cambio, puesto que, aunque todavía no hablamos del término inclusión, nos alejamos del modelo de exclusión expuesto hasta entonces).

La Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) (1990), fue la primera en la que se introduce, a nivel jurídico, el concepto de “Necesidades Educativas Especiales (NEE)”. Además, apuesta por un modelo integrador ya que establece que los centros deben disponer de los recursos necesarios para atender, de forma eficaz, a los alumnos con NEE y conseguir que estos logren, dentro del sistema ordinario, los objetivos establecidos de manera global para todos los alumnos.

La Ley Orgánica de Educación (LOE) (2006) establece una serie de principios básicos y generales sobre la atención a la diversidad, entre los cuales, destaca el de educación inclusiva, que tiene como objetivo favorecer el máximo desarrollo posible de todo el alumnado.

Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) (2013) es la que está en vigor actualmente y una de las leyes educativas más polémicas. Dicha Ley afirma que la naturaleza del talento difiere de un estudiante a otro, por lo que es misión del Sistema Educativo reconocer dichos talentos y potenciarlos. Si establecemos una comparación entre la LOMCE y la LOE, se aprecian diferencias notables en todo lo relacionado con la etapa de Educación Primaria, sin embargo, en lo que respecta a la etapa de Educación Infantil, las diferencias son prácticamente nulas o irrisorias.

En segundo lugar, a nivel autonómico, la normativa más relevante es:

La **Orden del 20 de enero de 2003**, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, regula el programa de Atención Temprana en Aragón (BOA nº 14, de 5 de febrero). De acuerdo con lo dispuesto en el apartado cuarto de dicha Orden, los profesionales de los Centros Base del IASS son quienes valoran a los niños y las niñas

con el objetivo de dictaminar su inclusión o no en el programa. El criterio general del Centro Base es el de incluir a *“aquellos niños/as que presenten alguna deficiencia, así como aquellos en los que se detecte un riesgo con una alta probabilidad estadística de presentar posteriormente una deficiencia motriz y/o sensorial y/o cognitiva, si no se le proporciona una atención específica en los primeros momentos de la vida”*. Dentro de este criterio se incluiría el colectivo sobre el que versa este documento.

El **Decreto 135/2014, de 29 de julio**, por el que se regulan las condiciones para el éxito escolar y la excelencia de todos los alumnos de la Comunidad Autónoma de Aragón desde un enfoque inclusivo. Actualmente se trata de uno de los documentos referencia en materia de Atención a la Diversidad en nuestra Comunidad Autónoma.

En el artículo 21 del Decreto aparece definido el concepto de alumnado con necesidad específica de apoyo educativo como *“aquel que requiera una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, TDAH, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar con objeto de que pueda alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado”*.

En cuanto a la escolarización, en este mismo artículo se estipula que ésta se establece en un tipo de centro u otro en función del grado de necesidad específica de apoyo educativo que presente el alumno, que aparecerá reflejado en el informe psicopedagógico. Existen tres grados:

- Grado 1: cuando la necesidad se prevea prolongada en el tiempo y requiera exclusivamente de medidas específicas básicas. La escolarización se realizará en centros ordinarios.
- Grado 2: cuando la necesidad se prevea prolongada en el tiempo y requiera medidas específicas básicas y extraordinarias. La escolarización se realizará en centros ordinarios y en centros de atención preferente.
- Grado 3: cuando la necesidad se prevea permanente y originada por presentar necesidades educativas especiales y las medidas específicas básicas y extraordinarias que requiera no pueden ser proporcionadas en un entorno

ordinario. La escolarización se realizará en un centro de Educación Especial o en una unidad de Educación Especial en centro ordinario.

En el artículo 22 del Decreto se define el concepto de alumno ACNEAE por presentar NEE de la siguiente manera “*se entiende por alumnado con necesidad específica de apoyo educativo por presentar necesidades educativas especiales aquel que requiera, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, de medidas específicas para responder a las necesidades derivadas de las siguientes condiciones de funcionamiento personal (...)*”; teniendo en cuenta las categorías que establece el decreto y la temática del trabajo, el alumnado al que hacemos referencia se incluiría dentro de la categoría “**g) Trastorno mental.**”

Este Decreto también refleja las medidas de intervención educativa existentes, tanto generales como específicas (divididas a su vez en medidas específicas básicas y extraordinarias).

2.7 Estigma asociado a la patología

Como he mencionado anteriormente, las personas que presentan psicosis o cualquier otro trastorno mental suelen sufrir un estigma social que afecta, de manera considerable, a su situación personal. Además, dicho estigma se encuentra reforzado por la imagen que los diferentes medios de comunicación proyectan sobre este colectivo.

En relación con este asunto, considero importante citar a Goffman (2001), quien afirmaba que “*las personas que tienen una enfermedad mental se enfrentan a muchas formas de discriminación, desprecio y rechazo social. Rechazo que genera un gran sufrimiento, en ocasiones mayor que el derivado de los propios síntomas de la enfermedad*”.

Uno de los documentos que más claramente refleja cómo se sienten las personas que tienen una enfermedad mental con respecto al estigma social que acompaña a dicha problemática es el libro “Ponte en mi lugar” que contiene una recopilación de los mejores relatos presentados al I Concurso UMASAM (Unión Madrileña de Asociaciones de Personas pro Salud Mental) de relato breve sobre el estigma de la enfermedad mental. Además, también incluye cinco poemas al final del documento que versan sobre la misma temática.

Personalmente, me gustaría destacar un fragmento del relato “¿Qué es la normalidad?” de Mercedes Gómez Varadé, porque creo que es uno de los relatos que mejor refleja el sentimiento que provoca el estigma a las personas que lo padecen:

“(…) voy a retrotraer mi historia, mi experiencia, a un momento en mi vida que me hizo sentirme ridícula, marginada, estúpida... lo peor.

Recuerdo a mis padres entrar en un campamento de verano, con las pastillas, esas pildoritas que te marcan, señalan, distinguen...

No perteneces a nuestro mundo, no eres normal... ¿Qué hice? Se las tiré a la cara delante de mis compañeras, que se reían de mí porque hablaba soñando y, al parecer, decía cosas extrañas.

(...)Porque se cree que somos peligrosos, que sé yo... pero no atracamos bancos, ni conducimos a mayor velocidad de la permitida, y entre nosotros existe mucha mayor sensibilidad, solidaridad, espíritu de equipo... También se sabe que, del cerebro humano, apenas se conoce un diez por ciento—.”

También me gustaría destacar el poema “Psicoestigma” de Javier Pérez Merino, que trata sobre la manera en la que debería abordarse el problema del estigma:

“La mayoría de las veces, intentan recuperar a la persona desde el problema, pocos desde la raíz y ninguno desde la semilla.

Pues bien, con el estigma pasa algo parecido.

No se puede luchar contra el estigma desde el problema o la raíz, sino desde su semilla.

La palabra psico tiene en patologías, oficios y profesionales una enfermedad de nuestra gramática y vocabulario que debe ser tratada de urgencia.

Imposible pronunciarla correctamente, y escrita parece paranoia. Si no te lo crees, te digo que la veo, la oigo, la escribo y existe.”

Por desgracia, el entorno educativo no se encuentra ajeno a este estigma y son muchos los estereotipos que sufren los niños que presentan psicosis. A modo de ejemplo, en la siguiente tabla, elaborada por Lezcano (2013), aparecen los más comunes y las causas que los propician:

ESTEREOTIPO	CAUSAS
Nunca se recuperan.	<p>Durante muchos años, estas personas se definieron como «crónicas», término en desuso, dado que hace referencia a una «incapacidad continuada» (Lieberman, 1993: 18), lo cual detrae escasas expectativas de recuperación o rehabilitación.</p> <p>La cronicidad se ha asociado, en gran medida, a la permanencia en los hospitales psiquiátricos. Esta situación supone un elemento estigmatizador en sí mismo (García González, 1998a: 68).</p>
Son personas violentas.	<p>En la cultura popular, parece que se encuentra una vinculación permanente de la enfermedad mental con la violencia (Appelbaum, 2006), de modo que constituye una parte fundamental del estigma que afecta al colectivo (Goffman, 2001). Sin embargo, diferentes estudios indican que es más frecuente la violencia contra ellos que siendo autores de la misma (Arbach y Pueyo, 2007; Stuart, 2003). Así mismo, las tasas de violencia son mayores en personas que no padecen ningún tipo de enfermedad que entre quienes cuentan con un diagnóstico de este tipo de patologías.</p> <p>Arbach y Pueyo (2007), por su parte, exponen que, en la actualidad, se relaciona con algunos tipos de violencia peor vistos, como son las agresiones sexuales, la violencia en el hogar, de pareja o de género.</p>
La mayoría son genios	<p>Las patologías psiquiátricas no tienen una distribución por niveles de inteligencia. Se dan tanto entre personas con sobredotación intelectual como entre aquellas con discapacidad mental, aunque, en este último caso, puedan permanecer enmascaradas por otras conductas.</p>

ESTEREOTIPO	CAUSAS
(Cont.)	
<p>Son impredecibles</p>	<p>La sensación de impredecibilidad se encuentra relacionada con las situaciones de manifestaciones positivas (creaciones producidas por la enfermedad: alucinaciones, audiciones, etc.). En situaciones de estabilidad y seguimiento médico, el comportamiento es tan predecible, o impredecible, como el resto de las personas.</p>
<p>Deben estar hospitalizados</p>	<p>La histórica permanencia en recintos cerrados (hospitales psiquiátricos) ha hecho que se siga pensando que la respuesta es estrictamente sanitaria. Esta percepción errónea les ha venido excluyendo de otros apoyos, como son los sociales y los educativos (Lezcano, 2003).</p>
<p>Son vagos, no les gusta trabajar.</p>	<p>Puede que algunas medicaciones den la sensación de inactividad, de ralentización del pensamiento, pero, en situaciones de estabilidad, las personas con enfermedad mental tienen un alto interés por desempeñar puestos laborales. Diferentes estudios (FAISEM, 2007) ponen de manifiesto que la actividad laboral repercute positivamente en su recuperación psicosocial.</p> <p>Novak y Svab (2009) sugieren que el trabajo es uno de los aspectos por los que más se discrimina a las personas con esquizofrenia. Autonell et al. (2001) exponen que las consecuencias de los prejuicios negativos y la discriminación en la búsqueda de empleo y en las relaciones sociales puede tener como resultado un empeoramiento en la adaptación psicosocial.</p>

3. Proceso de detección y diagnóstico

Debido a la etapa en la que nos encontramos, la detección precoz está considerada algo fundamental, ya que en la infancia, detectar las enfermedades mentales es mucho más trascendente y complicado que en otras edades. Esta dificultad se debe a que la capacidad verbal del niño está todavía en desarrollo, lo que hace necesario utilizar información proveniente de los padres y personas que conviven con el pequeño. Otra de las razones en las que reside dicha dificultad es el hecho de que casi todos los síntomas pueden, igualmente, ser componentes normales de determinadas conductas o comportamientos evolutivos del niño.

La edad modula las características clínicas de los trastornos mentales y éstos surgen en un momento u otro del ciclo vital dependiendo de la edad del individuo. En la tabla que expongo a continuación aparece la edad de comienzo de los trastornos psiquiátricos (según la OMS, 2005):

	EDAD (años)																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Trastorno Reactivo del Vínculo																		
Trastorno Generalizado del Desarrollo																		
Trastorno de Conducta																		
Trastorno del Estado de ánimo																		
Consumo de drogas																		
Psicosis del adulto																		

Todos estos trastornos pueden ser diagnosticados y tratados y, además, para todos ellos existen medidas terapéuticas que pueden mejorar y, en algunos casos, incluso curar. Sin embargo, la ausencia de tratamiento puede conllevar un agravamiento de los síntomas y causar problemas al niño tanto a nivel individual como con su entorno más cercano (familiar, escolar, etc.), de ahí la importancia de la detección precoz.

3.1. Fase I: Detección. Factores de riesgo y señales de alerta.

La sospecha de una psicosis en esta primera etapa viene dada por la aparición de algunas señales, consideradas signos de alarma.

Considero relevante aclarar las diferencias existentes entre lo que se considera un factor de riesgo y lo que se considera una señal de alerta o signo de alarma, puesto que a pesar de ser términos estrechamente relacionados e importantes en el proceso de detección, no son equivalentes.

Denominamos **factor de riesgo** a *toda característica del niño/a y del adolescente o cualquier circunstancia de su entorno que comporte una mayor posibilidad de padecer trastornos psicopatológicos que en población general*. Los factores de riesgo que orientan sobre la posible aparición de alguna patología relacionada con la salud mental del niño, entre ellas la psicosis infantil, clasificados en función de su origen, son los siguientes:

- **Circunstancias perinatales:**
 - Prematuridad.
 - Enfermedades neonatales (malformaciones, etc.).
- **Circunstancias personales:**
 - Temperamento difícil.
 - Personalidad introvertida o tendencia al aislamiento.
 - Inestabilidad emocional.
 - Enfermedades crónicas: neoplasias, asma, diabetes, SIDA, déficits sensoriales, enfermedades del SNC, etc.
 - Ruptura de relaciones (adolescentes).
- **Circunstancias ambientales:**
 - Hospitalización prolongada.
 - Cambios en su rutina: cambios de domicilio, de colegio.
 - Dificultades escolares.
 - Nivel socioeconómico muy bajo.
- **Circunstancias familiares:**
 - Separación de los padres.
 - Madre adolescente.
 - Muerte del padre, madre o un hermano.
 - Enfermedad grave de los padres, larga hospitalización.
 - Ausencia prolongada del padre o de la madre.
 - Déficit sensorial grave en ambos progenitores.

- Déficit intelectual en los padres.
- Alteraciones psicopatológicas en el padre o la madre.
- Alcoholismo, drogodependencia o ludopatía en un progenitor.
- Familias fuertemente desestructuradas.
- Maltrato físico o abuso sexual.

Por el contrario, entendemos por **señales de alerta** aquel *signo, síntoma o conjunto de manifestaciones que, si aparecen a determinada edad, han de hacer pensar inmediatamente en una posibilidad de trastorno psicopatológico*. Debemos tener en cuenta que estos signos deben estar presentes durante cierto período de tiempo y no responder a una situación puntual y transitoria. Algunas de las señales que deben alertarnos de la posible presencia de una psicosis son:

SEÑALES DE ALERTA EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL (0-6 AÑOS)

- ❖ Falta de contacto: no ríe/no mira/no habla.
- ❖ No responde a los estímulos sociales o alterna el apego excesivo con la falta de contacto.
- ❖ Habla que sigue un patrón peculiar: ecolalia, verborrea, hiperinterrogación, etc.
- ❖ Aislamiento con los compañeros y/o con los padres.

SEÑALES DE ALERTA EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN PRIMARIA (6-12 AÑOS)

- ❖ Desconexión de la realidad.
- ❖ Agresividad y otros problemas relacionales con los compañeros y/o los padres.
- ❖ Retraimiento, pasividad e introversión excesivas.
- ❖ Falta de amigos íntimos, evitación de las actividades de grupo.
- ❖ Deterioro del funcionamiento académico, familiar, social y personal.
- ❖ Comportamientos extravagantes.
- ❖ Manifestaciones afectivas anormales.
- ❖ Discurso verbal extraño, ideas inusuales.
- ❖ Delirios y alucinaciones.

Los datos utilizados en la realización de las tablas han sido obtenidos del artículo “Detección precoz de los trastornos mentales graves” elaborado por el Gobierno de Canarias (2008) y del “Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil. Plan Estratégico de Salud Mental” elaborado por el Servicio Aragonés de Salud.

El papel que desempeñan los profesionales del ámbito de la Atención Primaria dentro de la detección de esta problemática es esencial. Los pediatras, los médicos de familia y el personal sanitario dedicado a la atención de la población infantil, deben disponer de herramientas de detección sencillas y efectivas para la derivación inmediata de los pacientes con diagnóstico de sospecha de Trastorno Mental Grave, denominación muy extendida para incluir en ella a los niños y jóvenes con psicosis.

De igual manera, resulta imprescindible que los profesionales del ámbito educativo estén capacitados para poder identificar los signos de alarma que caracterizan este trastorno y, además, conozcan cómo deben actuar ante la sospecha de que un alumno pueda padecerlo, ya que, al estar asiduamente en contacto con los niños y sus familias, pueden descubrir de forma precoz los trastornos del desarrollo o las situaciones de riesgo de padecerlos.

Ahora bien, es importante destacar que el hecho de que un niño pertenezca a un grupo de riesgo o presente alguno de los signos de alarma, no implica necesariamente que ese niño vaya a desarrollar sí o sí alguna enfermedad mental, pero deben servirnos como señal para estar atentos a la evolución de dicho niño y actuar lo antes posible en el caso de que sea necesario.

De igual forma, la presencia de un trastorno mental en un niño, entre ellos la psicosis infantil, no implica que la evolución de dicho niño siempre sea hacia un trastorno de más gravedad, ya que muchos casos mejoran con la intervención terapéutica, de ahí la importancia de la detección precoz.

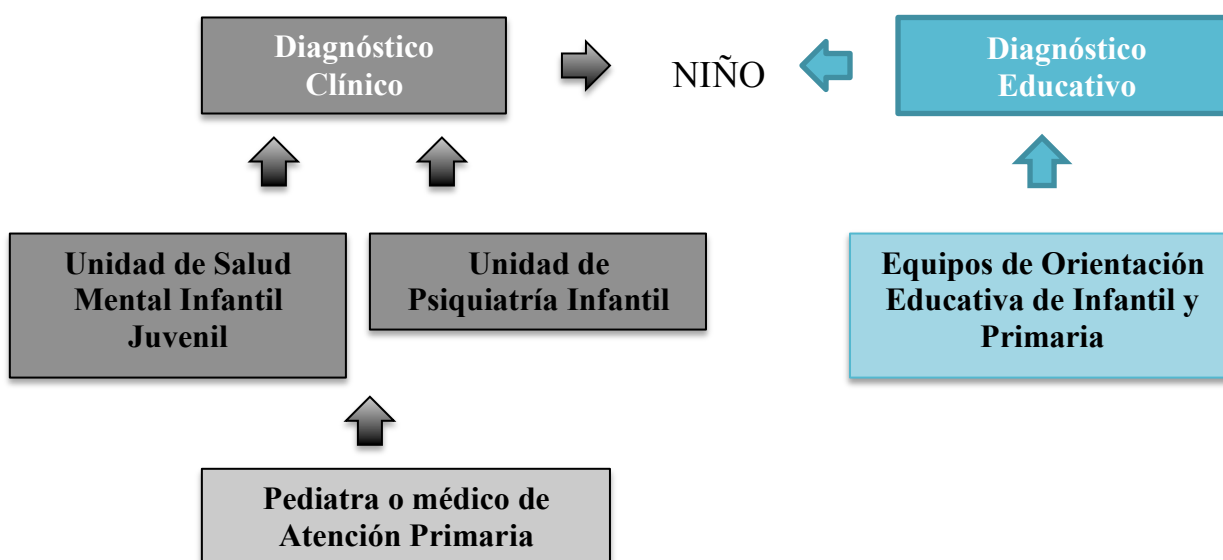
3.2. Fase II: Proceso de diagnóstico del trastorno

Cuando se tiene la sospecha de la presencia de un trastorno psicótico, se pone en marcha un largo proceso, compuesto por distintas fases y en el que intervienen diferentes profesionales, cuyo objetivo final es la elaboración de un diagnóstico que permita que el niño reciba la atención que necesita tanto a nivel sanitario como a nivel educativo. Dicho diagnóstico se realizará en dos vías, que a pesar de ser diferentes, se encuentran estrechamente relacionadas y deben estar muy coordinadas:

- El **diagnóstico clínico** debe ser realizado por especialistas clínicos, es decir, el pediatra y los profesionales de la Unidad de Salud Mental Infantil Juvenil (USMIJ) o Unidad de Psiquiatría Infantil.

- El **diagnóstico educativo** debe ser realizado por los Equipos de Orientación Educativa de Infantil y Primaria (EOEIP) que valorarán las necesidades educativas del niño y establecerán una serie de intervenciones acordes a las necesidades que éste presente.

Antes de nada me gustaría aclarar que el proceso que voy a relatar a continuación es el que se sigue en la Comunidad Autónoma de Aragón y, aunque sea un proceso similar al de otras Comunidades, puede ser que existan variaciones, sobre todo en relación con la instituciones y profesionales que intervienen en el mismo.



En relación con el **diagnóstico clínico**, mencionar que éste parte del pediatra o profesional de Atención Primaria, al que los padres llevan al niño por iniciativa propia o a sugerencia del orientador del centro o de los Servicios Sociales.

El pediatra será quien derive al niño a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil o a la Unidad de Psiquiatría Infantil y estos profesionales serán los encargados de realizar el diagnóstico clínico. Para facilitar esta labor de derivación al personal de Atención Primaria, existen una serie de criterios, recogidos en el Plan estratégico de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón, que orientan al pediatra para realizar una derivación a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Son los siguientes:

- Larga duración del problema o agravamiento de síntomas leves.
- Sucesos de riesgo añadidos.
- Presencia de varias señales de alerta.
- Manifestación de problemática más compleja.

- Gravedad de la situación biopsicosocial.
- Deseo manifiesto del paciente o familia de acceder a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Dificultad para asumir el caso por parte del médico de Atención Primaria.

Las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil son centros que prestan atención psiquiátrica, psicológica y cuidados de salud mental especializados de forma ambulatoria, dirigidos a personas que presentan trastornos mentales, que se incluyen dentro de la franja de edad que discurre desde el nacimiento hasta los 18 años y que por su gravedad y/o complejidad no pueden ser prestados en el ámbito de la Atención Primaria.

Una vez que el paciente accede a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, será atendido por un equipo multidisciplinar que llevará a cabo las actuaciones diagnósticas y terapéuticas que el paciente, en este caso el niño, requiera. Dicho equipo se encuentra compuesto por:

- Dos Psiquiatras.
- Dos Psicólogos clínicos.
- Un Asistente Técnico Sanitario o Diplomado Universitario en Enfermería.
- Un Trabajador Social.
- Un Auxiliar administrativo (en función de las necesidades del centro con dedicación parcial o completa).

El proceso que sigue un niño al acceder a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil es el siguiente:

1. *La recepción.* Constituye la toma de contacto del paciente con la Unidad y se establece a nivel administrativo. Se recoge la demanda y se le asigna cita de acogida con Enfermería.
2. *Entrevista de acogida.* Es realizada por Enfermería, en ella se abrirá historia clínica del paciente y se hará una primera valoración del nivel de priorización del caso, a la vez que se cuida el establecimiento de una relación cordial y colaboradora entre la familia, el paciente y la Unidad.
3. *Reuniones de equipo para el estudio y asignación de casos.* En reuniones semanales el equipo evalúa la demanda recibida en la Unidad. En ellas se analiza la información recogida, se determina si se prioriza la atención a

algún paciente, se realiza la asignación del caso a profesional específico de considerarse oportuno y se procede a dar cita.

4. *Primera cita y entrevistas diagnósticas.* Esta primera cita va encaminada a recoger la información clínica necesaria para la toma de decisiones y en ella se cuidan especialmente los aspectos de empatía y acogida a fin de facilitar posteriormente la adhesión del paciente a los tratamientos y el proceso terapéutico que se haya de seguir. Tras el proceso diagnóstico pertinente, se decidirá incluir al paciente en programas asistenciales específicos ya establecidos o en programa de tratamiento individual con el enfoque terapéutico que el profesional estime más conveniente.

La relación de estas Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil con los servicios educativos es intensa, puesto que mantienen reuniones mensuales con los Equipos de Orientación y Evaluación Pedagógica, así como contacto frecuente con los Orientadores de los centros de Educación Secundaria.

De igual forma, también mantienen un contacto estrecho y frecuente con los Servicios Sociales y Jurídicos, puesto que están coordinados con la Fiscalía de Menores, el Servicio de Protección de Menores, los puntos de Encuentro Familiar, Juzgados de Familia, el Centro Base del Instituto Aragonés de los Servicios Sociales (IASS), los Servicios Sociales de Atención Primaria, etc.

Las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil son centros de titularidad pública que dependen del Servicio Aragonés de Salud del Gobierno de Aragón y, en nuestra Comunidad Autónoma, contamos con cinco, repartidas en las tres provincias de la siguiente forma:

Zaragoza

- *Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil “Actur-sur”.*
- *Unidad de Salud Mental infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”.*
- *Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil “Muñoz Fernández”.*

Además de un *Centro de Promoción de la Salud* (desde los 15 a 29 años).

Huesca :

- *Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Huesca.*

Teruel

- *Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Teruel.*

En el anexo I incluyo un anagrama del funcionamiento de todo lo expuesto anteriormente, extraído del Plan estratégico de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón.

En lo que respecta al **diagnóstico educativo**, la figura que inicia el proceso de diagnóstico variará dependiendo de si el niño está escolarizado o no.

Si el niño no está escolarizado (niños entre cero y tres años), son los padres o tutores legales quienes inician el proceso, solicitando realizar la evaluación psicopedagógica al Servicio Provincial de Educación correspondiente, justificada por la presencia de discapacidad o un grave retraso o alteración del desarrollo. Estas condiciones vendrán avaladas por informe emitido por el ámbito sanitario o por entidad pública competente. La solicitud de evaluación psicopedagógica se realizará cuando el menor vaya a iniciar su escolarización al curso siguiente en un centro dependiente del Departamento competente en materia educativa o cuando vaya a iniciar su escolarización en el segundo ciclo de Educación Infantil. Los resultados de la evaluación psicopedagógica y las orientaciones derivadas de ella serán informados a la familia o tutores legales así como la derivación a otros Servicios si fuera necesario.

Cuando el niño se encuentra escolarizado en un centro de titularidad pública, el proceso lo inicia la figura del tutor, quién informará al director del centro, como máxima autoridad del mismo, ante la sospecha de un trastorno de este tipo.

El director del centro se pondrá en contacto con los padres o tutores legales del alumno para informarles de la situación y solicitar su autorización para que el niño pueda ser valorado. Considero importante aclarar que, cuando el alumno se encuentra en la etapa de Educación Infantil, sí es necesario que los padres den su autorización para la valoración; sin embargo, en la etapa de Educación Primaria, es obligatoria la valoración, aunque los padres o tutores legales no estén de acuerdo. Esto se debe a que, en nuestro país, la etapa de Educación Primaria sí forma parte de la educación obligatoria pero la etapa de Educación Infantil no.

Tras informar a los padres, el director del centro solicitará a los Equipos de Orientación Educativa de Infantil y Primaria (EOEIP) que se realice una evaluación psicopedagógica del niño.

Según el artículo 3. de la Orden del 30 de julio de 2014, los Equipos de Orientación Educativa de Infantil y Primaria (EOEIP) desarrollarán sus funciones en los

centros públicos que impartan las enseñanzas correspondientes a la Educación Infantil y Educación Primaria, en función de la zonificación establecida por los Servicios Provinciales conforme a los siguientes criterios:

- a) El número de centros, de unidades o grupos y número de alumnado y profesorado a atender.
- b) La dispersión geográfica.
- c) Las características sociales de la zona y necesidades de los centros de su ámbito.

No obstante, los Servicios Provinciales de Educación podrán solicitar la creación de subsedes de los Equipos de Orientación Educativa de Infantil y Primaria en aquellos casos que se considere necesario. Actualmente en Aragón contamos con veintitrés Equipos de Orientación Educativa de Infantil y Primaria más dos subsedes, repartidos por toda la Comunidad Autónoma de la siguiente manera:

Zaragoza:

- Cinco EOEIP en Zaragoza Capital y cinco distribuidos en la provincia.

Huesca :

- Un EOEIP en Huesca capital y cuatro EOEIP y dos subsedes distribuidos en la provincia.

Teruel

- Un EOEIP en Teruel capital y cinco EOEIP distribuidos en la provincia.

En lo que respecta a la composición, todos los Equipos de Orientación Educativa de Infantil y Primaria estarán integrados por profesores de Educación Secundaria de la especialidad de Orientación Educativa y por profesores Técnicos de Servicios a la Comunidad en la proporción que se estime para atender las necesidades de su zona.

El artículo 4 de la Orden del 30 de julio de 2014 mencionada anteriormente establece las funciones que desempeñan estos Equipos de Orientación. Entre ellas, en relación con el tema que nos incumbe, destaco las siguientes:

- g) Realizar, a petición de la Dirección del centro, la evaluación psicopedagógica de los alumnos cuando sea evidente la existencia de graves dificultades en el desarrollo o exista una discapacidad que pudiera conllevar actuaciones específicas. Igualmente, se realizará evaluación psicopedagógica a los alumnos para los cuales hayan resultado insuficientes las medidas generales adoptadas hasta el momento.

- h) Realizar el informe psicopedagógico de los alumnos con necesidad específica de apoyo educativo.
- i) Realizar el dictamen de escolarización de los alumnos con necesidad específica de apoyo educativo por necesidades educativas especiales cuando se proponga la medida de cambio de tipo de centro.
- j) Realizar las propuestas de adopción de medidas específicas extraordinarias.
- k) Realizar el informe de derivación a servicios sanitarios o al Instituto Aragonés de Servicios Sociales de los alumnos que pudieran requerir de su intervención.
- l) Realizar el seguimiento del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo.
- m) Coordinar con el equipo directivo del centro el desarrollo de estas funciones a través de su participación en la Comisión de Coordinación Pedagógica, en los equipos didácticos, en las reuniones periódicas con el equipo directivo y en cualquier otra medida de coordinación que desde el propio centro pudiera organizarse.

En relación con la evaluación psicopedagógica, el art.19 del Decreto 135/2014 afirma que, se entiende por evaluación psicopedagógica *el proceso de recogida, análisis y valoración de la información relevante que incide en el proceso de enseñanza-aprendizaje, con el objetivo de identificar la existencia de necesidad específica de apoyo educativo y proporcionar una respuesta adecuada a la misma.*

La evaluación psicopedagógica contará con la participación del tutor, del conjunto del profesorado que atiende al alumno y de la familia. Asimismo, cuando se considere preciso, se podrá contar con la información de otros profesionales y servicios.

Tras la realización de la evaluación psicopedagógica, el EOEIP realizará el informe psicopedagógico correspondiente, que recogerá las conclusiones de la evaluación psicopedagógica y las orientaciones dirigidas a la transformación y mejora de las condiciones educativas en las que se desarrollan los procesos de enseñanza y aprendizaje. Asimismo, se contemplarán aquellas orientaciones para favorecer el desarrollo personal y académico desde el contexto familiar y social. En el caso de los niños que presentan psicosis infantil, este informe psicopedagógico recogerá que son alumnos con necesidad específica de apoyo educativo por presentar necesidades educativas especiales (ACNEE), en concreto, pertenecen a la categoría “g) Trastorno mental”.

En el anexo II de este documento incluyo el formato de informe psicopedagógico que se utiliza actualmente, extraído de la página web “Portal de Orientación Educativa de Aragón”.

Después, tras la elaboración de la evaluación y el informe psicopedagógico, se realizará el dictamen de escolarización, que incluye la propuesta de escolarización que el Equipo de Orientación Educativa de Infantil y Primaria considera más adecuada: ordinaria (combinada o preferente) o en centros de Educación Especial. En el caso de los niños con psicosis infantil, de forma general se establece un tipo de escolarización ordinaria, es decir, asisten a clase en los centros educativos ordinarios y salen del aula para recibir apoyos.

Una vez elaborado el dictamen de escolarización pertinente, se informa a los padres y se envía dicho dictamen a Inspección Educativa donde el Director Provincial de Educación firma la Resolución que el dictamen establezca. Tras esto, se da por finalizado el proceso de diagnóstico educativo.

3.3. Tipos de tratamientos: USMIJ y Atención Temprana

Según Marcelli y Ajuiguerra (1996) el tratamiento de la psicosis infantil constituye un problema especialmente complejo dado que el especialista clínico no conoce con exactitud los factores etiológicos precisos y su importancia relativa en la aparición de esta patología.

No obstante, en todos los casos se trata de un tratamiento prolongado durante gran parte de la infancia o la adolescencia de la persona y cuyos los factores esenciales de eficacia son la coherencia del contexto terapéutico, la estabilidad del mismo y el mantenimiento de relaciones duraderas con los cuidadores.

Las intervenciones terapéuticas que se realizan para el tratamiento de la psicosis infantil son numerosas y pueden ser muy variadas. Aún así, sean cuales sean las estrategias terapéuticas utilizadas, es necesario que los objetivos prioritarios del tratamiento de un niño psicótico sean:

1. Hacer emerger al individuo como persona.
2. Proporcionar a esta persona la posibilidad de una comunicación auténtica tanto consigo misma como con los demás.

A continuación, paso a relatar los diferentes tipos de tratamiento que existen en la actualidad.

Tratamiento farmacológico

No es necesario en el cien por cien de los casos, pero sí suele ser habitual. En los casos en los que se precisa de este tipo de tratamiento, el psiquiatra valorará al niño y, en función de la situación, recetará el uso de neurolépticos o antipsicóticos pediátricos y/o sedantes.

Este tipo de fármacos tienen como objetivo la disminución de algunos síntomas característicos del trastorno psicótico y que alteran en gran medida la vida cotidiana del individuo como, por ejemplo: la crisis de angustia, la agitación motriz excesiva con desorganización conductual, conductas de automutilación, las conductas destructivas, las alucinaciones, el insomnio, etc.

Al igual que sucede con otros fármacos, los neurolépticos o antipsicóticos que actúan directamente sobre el sistema nervioso no están exentos de efectos secundarios, pero su utilización de por vida a veces es necesaria, sobre todo en algunas formas de psicosis más graves.

Tratamiento psicoterapéutico

La psicoterapia es una terapia individual basada en la palabra, es decir, una intervención terapéutica en la que el sujeto explica lo que le sucede. Según Marcelli y Ajuiguerra (1996), este tipo de tratamientos conceden un importante papel a la utilización del lenguaje como medio de comunicación, confiriendo un sentido especialmente transferencial a los síntomas o acontecimientos presentes y pasados de la vida del niño.

Las psicoterapias constituyen un enfoque básico de las psicosis precoces. Sin embargo, en el caso de los niños, al ser tan pequeños, su utilización del lenguaje se encuentra todavía limitada debido al momento evolutivo en el que se encuentran. Debido a esto, se utilizan técnicas como el juego, la conversación o la expresión artística para facilitar la comunicación entre el niño y el psicoterapeuta.

Tratamiento basado en la psicomotricidad

La terapia psicomotriz entiende el desarrollo infantil como una unidad de movimiento, experiencia, pensamiento, sentimiento y acción. En relación con esto, cabe

mencionar que el sustantivo “psicomotricidad” expresa la conexión entre los procesos psíquicos y los motores.

Aucouturier (1991 citado en Egge, 2008), inspirándose en los trabajos de Esther Bick y Frances Tustin, ha inventado un método de psicomotricidad de inspiración psicoanalítica y lo ha aplicado en niños psicóticos. Su práctica psicomotora se inicia con la autopercepción sensorial, para incluir sucesivamente un juego de tipo relacional.

En los niños que presentan psicosis infantil, la terapia psicomotora individual o de grupo que incluya la utilización de un objeto mediador, es una de las más utilizadas puesto que, en los niños con regresiones muy notables, desorganizados o angustiados, las intervenciones de este tipo ayudan a favorecer una reestructuración física y/o psíquica.

Acciones terapéuticas dirigidas a los padres: apoyo y orientación a los padres

Tal y como afirma Jiménez (2005), es muy importante trabajar con el entorno del niño psicótico, puesto que, no se debe olvidar que son personas en desarrollo y por tanto, influenciables por el entorno. Además, la propia problemática mental y las dificultades en general, pueden provocar reacciones en este mismo entorno que produzcan respuestas que aun empeoren más la situación. Por ello, es importante trabajar para que se produzca una respuesta social positiva (familia, escuela, barrio...), que acepte, contenga e integre al niño con ciertas dificultades, favoreciendo su evolución.

Una de las piezas clave de este entorno del niño van a ser sus padres. La intervención terapéutica dirigida a los padres y contando con ellos es un principio admitido prácticamente por todos los especialistas clínicos; sin embargo, es conveniente respetar la disponibilidad psicológica de los padres, su deseo de participar o, por el contrario, de distanciarse, y su deseo de comprometerse o no en un trabajo de profundización. Aún así, los profesionales son conscientes de que la ausencia total de los padres en la asistencia procurada a su hijo conduce a situaciones perjudiciales para la continuidad de los cuidados del niño. Por ello, es necesario recomendar a los padres la intervención terapéutica que están capacitados para aceptar y asumir.

Algunas de las acciones terapéuticas más comunes dirigidas a los padres son: la orientación parental, el apoyo psicológico, la terapia familiar, la participación en un grupo de padres y la psicoterapia individual.

A continuación paso a describir brevemente los espacios de los que el sistema público dispone para proponer, coordinar y llevar a la práctica los tratamientos expuestos anteriormente.

Todos estos tratamientos se llevan a cabo desde las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, mencionadas en el apartado anterior, y desde el Programa de Atención Temprana (0-6 años) como se verá en los casos aportados al final del documento. En relación con esto último, Jiménez (2005) afirma que para muchos niños que presentan un trastorno mental severo, son necesarios dispositivos con la participación conjunta de Educación y Salud Mental Infanto Juvenil, siendo así mismo importante la coordinación con los Servicios Sociales, para el abordaje de ciertas situaciones familiares, así como para favorecer la integración social de estos niños y adolescentes.

Además, también son necesarios los recursos de tiempo libre especializados.

Para finalizar con este apartado, mencionar que en los casos graves, puede requerirse la hospitalización en determinados momentos del tratamiento. En este tipo de situaciones, los profesionales que tratan al niño deciden derivarlo a una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil. Dichas Unidades, suelen localizarse en el interior de los centros hospitalarios y cuentan con un equipo multidisciplinar formado por pediatras, neuropediatras, psiquiatra infanto-juvenil, terapeuta familiar, psicólogo y logopeda. No obstante, por razones de población, estas Unidades cuentan con un número de plazas limitado y, por ello, se reservan para los casos más graves en los que, en un momento determinado de su evolución, el tratamiento ambulatorio resulta insuficiente.

La indicación de hospitalización debe hacerse desde la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil a la que asiste el niño o desde el Servicio de Urgencias Hospitalarias. Como criterio general, se propone que los ingresos hospitalarios de tipo psiquiátrico se realicen en unidades pediátricas de hospitales generales si el paciente tiene menos de 14 años y en unidades psiquiátricas de adolescentes, específicas para la población infanto-juvenil, si el paciente tuviera más de 14 años.

En nuestra Comunidad Autónoma, contamos con dos Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil, localizadas ambas en la capital; concretamente, en el Hospital Infantil Miguel Servet y en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

4. Orientación educativa

Tal y como afirma Lezcano Barbero (2013), la histórica permanencia en espacios sanitarios de las personas con enfermedad mental ha supuesto un importante retraso en el desarrollo de recursos educativos especializados de acuerdo con sus características.

Afortunadamente, en los últimos años, esta situación ha ido variando progresivamente y las Comunidades Autónomas han comenzado a dar una respuesta educativa acorde a las necesidades de este colectivo. No obstante, aún quedan términos por definir, alumnos por evaluar, itinerarios por concretar, recursos por diseñar, profesorado y gestores por sensibilizar. En definitiva, queda mucho camino por recorrer.

5.1 Necesidades educativas que presentan los alumnos con psicosis infantil

Las características que presentan los niños con psicosis infantil, descritas en el apartado “2.2 Sintomatología” de este documento, van a generar una serie de necesidades educativas especiales, a las que el Sistema Educativo debe dar una respuesta adecuada.

El alumno afectado de esta patología presentará necesidades educativas especiales en las tres áreas que conforman el currículo propuesto para la etapa de Educación Infantil (*Orden de 28 de marzo de 2008, del Departamento de Educación, Cultura y Deporte, por la que se aprueba el currículo de la Educación infantil y se autoriza su aplicación en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón*):

- Conocimiento de sí mismo y autonomía personal.
- Conocimiento del entorno.
- Lenguajes: Comunicación y Representación.

Tomando como referencia la orden citada anteriormente, a continuación, he realizado tres tablas seleccionando aquellos objetivos y contenidos con los que considero que el alumnado que presenta psicosis infantil puede tener más dificultades.

Antes de comenzar con la exposición en sí de las tablas, considero importante aclarar que he decidido centrarme en analizar los objetivos y contenidos del segundo ciclo de Educación Infantil, puesto que pienso que en la etapa 0-3 años es complicado encontrarnos con una problemática de este tipo, además de ser una etapa que no se imparte en los centros ordinarios sino en las escuelas infantiles.

CONOCIMIENTO DE SÍ MISMO Y AUTONOMÍA PERSONAL	
OBJETIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formarse una imagen ajustada y positiva de sí mismo. 2. Conocer y representar su cuerpo, sus elementos, funciones y posibilidades motrices, sensitivas, expresivas y cognitivas. 3. Identificar los sentimientos, emociones y necesidades (propias y ajenas) y ser capaces de denominarlos, expresarlos y comunicarlos a los demás. 4. Adoptar actitudes de valoración y respeto hacia las características y cualidades de otras personas. 5. Realizar, de forma autónoma, actividades habituales de la vida cotidiana, aumentando la autoconfianza y la capacidad de iniciativa. 6. Adecuar su comportamiento a las necesidades y requerimientos de los otros, desarrollando actitudes y hábitos de respeto, ayuda y colaboración y evitando comportamientos de sumisión o dominio. 7. Aceptar las pequeñas frustraciones y reconocer los errores propios, buscando en los otros colaboración cuando sea necesario y aceptando la ayuda que le prestan. 8. Progresar en la adquisición de hábitos y actitudes relacionados con la seguridad, la higiene y la salud.
CONTENIDOS	<p>Todo lo relacionado con el cuerpo humano y sus posibilidades, el juego, las habilidades, normas y hábitos de la vida cotidiana, el cuidado personal y la salud.</p>

En relación con las posibles necesidades educativas que los niños con psicosis infantil pueden albergar en el área de “*Conocimiento de sí mismo y autonomía personal*”, considero importante mencionar que es necesario orientar al alumno hacia la adquisición de una conciencia corporal, puesto que, como hemos mencionado en anteriores apartados, este tipo de alumnado suele presentar problemas con el esquema corporal. De esta forma, el alumno será consciente de las funciones, posibilidades y limitaciones de su cuerpo. La formación de una imagen ajustada de sí mismo, junto con el control de su cuerpo y tono muscular, contribuirán enormemente a un mejor desarrollo madurativo.

Otro de los objetivos prioritarios relacionados con este área curricular es la adquisición de cierta autonomía a la hora de realizar tareas cotidianas asequibles, teniendo en cuenta la edad y el nivel de desarrollo de alumno. Ejemplos de este tipo de tareas son: vestirse y desvestirse, comer de forma autónoma, ir al aseo, sacar y recoger el material escolar, etc.

CONOCIMIENTO DEL ENTORNO	
OBJETIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar y explorar de forma activa su entorno. 2. Establecer algunas relaciones entre las características del medio físico en el que vive o las de otros lugares y sus respectivas formas de vida. 3. Relacionarse con los demás de forma cada vez más equilibrada y satisfactoria, interiorizando progresivamente las pautas de comportamiento social y ajustando su conducta a ellas. 4. Conocer distintos grupos sociales cercanos a su experiencia, algunas de sus características, producciones culturales, valores y formas de vida, generando actitudes de confianza, respeto y aprecio a través de su participación democrática en ellos. 8. Mostrar interés por asumir responsabilidades en la realización de tareas en grupo, desarrollando actitudes de ayuda y colaboración en un ambiente de respeto mutuo.
CONTENIDOS	El medio físico y sus componentes, los grupos sociales, las habilidades sociales y cooperativas.

Respecto al área “*Conocimiento del entorno*”, uno de los aspectos que más debe preocuparnos es la relación con los demás y las pautas de comportamiento social, puesto que, como hemos mencionado en otros apartados del trabajo, suelen generar dificultades para el alumnado con psicosis infantil. Esto es debido a los conflictos que la desorganización del pensamiento provoca en el lenguaje. Estos problemas en el lenguaje, que se abordarán mas extensamente en el área siguiente, hacen que la interacción social resulte más complicada, lo que a su vez ocasiona aislamiento social; es decir, que el niño o niña psicótico no tenga interés en entablar relaciones con las personas que le rodean, incluidos sus iguales.

Por tanto, uno de nuestros objetivos principales es evitar, en la medida de lo posible, ese aislamiento social. Debemos proporcionarle al niño psicótico estrategias de interacción social y acompañarlo en su “apertura al mundo”, consiguiendo así que su desarrollo emocional y social no se vea afectado, lo que a su vez va a repercutir en una evolución más favorable de la enfermedad.

Otra de las características que van a presentar este tipo de niños es que tienen dificultades para mantener la atención. Estas dificultades, se deben, en parte, a que las alucinaciones, delirios y estados de agitación impiden al alumno concentrarse y, también, a que son niños que presentan un patrón de intereses muy restringido y, en ocasiones, prestan atención únicamente a aquello que pertenece a dicho patrón. Por tanto, otro de nuestros objetivos prioritarios será planificar actividades teniendo en cuenta sus intereses, pero con el objetivo de ampliarlos.

LENGUAJES: COMUNICACIÓN Y REPRESENTACIÓN	
OBJETIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar la lengua como instrumento de comunicación y representación y valorar la lengua oral como un medio de relación con los demás y de regulación de la convivencia. 2. Expresar emociones, sentimientos, deseos, vivencias e ideas mediante la lengua oral y a través de otros lenguajes, eligiendo el que mejor se ajuste a la intención y a la situación. 3. Comprender las intenciones y mensajes de otros niños y adultos.
CONTENIDOS	La lengua oral y escrita como instrumento de comunicación con los demás, las normas que rigen el intercambio comunicativo, la lectura y la escritura.

Por último, en relación con el área de “*Lenguajes: Comunicación y Representación*” considero importante mencionar que el alumnado con psicosis infantil presenta grandes complicaciones para escuchar atentamente, ocasionadas por los problemas de atención descritos en el área anterior, lo que le causará problemas para comprender los mensajes de los demás, seguir sus instrucciones y comunicarse en general.

Además, los problemas del lenguaje y los relacionados con el ámbito emocional ocasionan que el alumno no sepa o no pueda expresar sus sentimientos e ideas. En este

sentido, destaca enormemente la importancia del poder pedir y expresar las necesidades de forma comprensible para los demás. El niño psicótico utiliza una lengua propia que en la mayoría de las ocasiones resulta difícil de entender para el resto, con lo cual, debemos buscar elementos en común para poder comunicarnos con él, especialmente, para que pueda expresar todo lo relacionado con sus necesidades.

Por tanto, nuestro objetivo prioritario en relación con esta área va a ser el de proporcionarle al alumno con psicosis infantil diversas estrategias y pautas de acción que le permitan identificar sus sentimientos, necesidades o ideas, y expresarlas eligiendo el modo que mejor se ajuste a la intención y a la situación.

5.2 Respuesta educativa en la Etapa de Educación Infantil

Según la Ley Orgánica de Educación 2/2006 del 3 de junio, modificada por la Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE), la atención integral al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo se iniciará desde el mismo momento en que dicha necesidad sea identificada, y se regirá por los principios de normalización e inclusión. Para alcanzarlo, las Administraciones Educativas dispondrán del profesorado de las especialidades correspondientes y de profesionales cualificados, así como de los medios y materiales precisos para la adecuada atención a este alumnado.

Así pues, el centro deberá contar con recursos específicos para atender a las demandas que presentan los alumnos con necesidades educativas especiales, para que éstos alcancen los objetivos establecidos con carácter general y su máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional. Estos recursos serán de dos tipos:

- **Recursos personales:** orientador, maestro especialista en Pedagogía Terapéutica, maestro especialista en Audición y Lenguaje, maestros tutores y maestros de las distintas especialidades.
- **Recursos materiales:** materiales informáticos que faciliten la accesibilidad, dispositivos de sistemas alternativos de comunicación y materiales específicos, como mesas y sillas adaptadas, etc. que necesitan los alumnos para su correcta escolarización. Según el decreto 135/2014, el centro se asegurará de que los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos implicados en los procesos educativos sean comprensibles, utilizables y

practicables por todo el alumnado en condiciones de seguridad, y sean utilizados de la forma más autónoma y natural posible.

En relación con la organización, en la LOE modificada por LOMCE también aparece reflejado que los centros contarán con la debida organización escolar y realizarán las adaptaciones y diversificaciones curriculares precisas. Además, se favorecerá la elaboración de modelos abiertos de programación docente y de materiales didácticos que atiendan a las necesidades del alumnado.

Respecto a la planificación educativa, se adoptará la atención a la diversidad como principio fundamental y se recogerá la forma de atención a la misma en el Proyecto Educativo de Centro (Plan de Atención a la Diversidad), algo necesario para que todo el alumnado alcance el éxito y la excelencia, de acuerdo a sus capacidades y talentos. Por otro lado, las Programaciones Didácticas, los Planes de Orientación y Acción Tutorial, y los Planes de Mejora articularán y concretarán estas decisiones y medidas en la práctica educativa.

A lo largo de este documento he descrito el trastorno psicótico infantil, su sintomatología y las necesidades educativas que se derivan de dichos síntomas. A continuación, paso a exponer brevemente una serie de pautas de actuación para cada área del currículo, con las que se pretende lograr que el alumno con psicosis infantil consiga un desarrollo curricular lo más normalizado posible. Dichas pautas incluyen todas aquellas áreas y objetivos en los que el alumno tenga más dificultades, procurando integrar al resto de la clase en esta acción siempre que nos sea posible, puesto que, lo que se pretende evitar es que el alumno se aisle todavía más del mundo que le rodea.

Clasificadas en función de las áreas, algunas de las pautas de actuación o actividades recomendadas para el alumno con psicosis infantil son:

Conocimiento de sí mismo y autonomía personal

- Actividades relacionadas con el cuerpo humano: dibujo del esquema corporal, identificaciones, señalar partes del cuerpo, canciones, etc.
- Seguimiento de rutinas.
- Modelado de actividades relacionadas con la higiene personal y el cuidado de la salud.
- Circuitos psicomotrices.

Conocimiento del entorno

- Realización de trabajos en grupo y juegos cooperativos.
- Grupos interactivos.
- Modelado de expresiones faciales y corporales. Resulta de gran utilidad para el trabajado de las pautas de comportamiento social puesto que ayuda al alumno a aprender a adecuar sus emociones a las diferentes situaciones comunicativas y a identificar lo que los demás están sintiendo.
- Calendario y agenda. El niño con este trastorno tiene una gran dificultad para situarse en el tiempo. Fijar las fechas y las actividades le ayudan cotidianamente.
- Role-playing para la recreación de diferentes situaciones sociales y cotidianas. Es una técnica que consiste en la realización de una dramatización en la cual los participantes llevan a cabo distintos papeles marcados previamente.

Lenguajes: Comunicación y Representación

- Modelo de intervención sobre el lenguaje expresivo desarrollado por Monfort y Juárez (2004). Algunas de las estrategias que este modelo propone y que son de gran utilidad para el alumnado con psicosis infantil son las estrategias de apertura y terminación de conversaciones y las técnicas de escenificación (similares al role-playing propuesto anteriormente).
- Ofrecer modelos y sistemas de comunicación alternativos.
- Enseñanza de técnicas de comunicación: respeto del turno de palabra.

De forma general, las tareas o actividades deben estar muy estructuradas, contar con pequeñas indicaciones y ser muy claras. Deben situarse en zona de desarrollo muy próximo y necesitar, para su resolución, respuestas cortas o medias.

Por último, me gustaría mencionar una serie de pautas de actuación para el manejo de situaciones complejas.

Uno de los aspectos que más preocupa a los tutores y maestros especialistas que tratan a diario con alumnos que presentan psicosis infantil es qué hacer o cómo reaccionar ante una situación de crisis, propias de este tipo de problemática, en la que el alumno se encuentra excesivamente nervioso y puede llegar a autolesionarse o lesionar a algún otro compañero del aula.

Por ello, considero que puede ser de gran ayuda que los maestros conozcan una serie de indicaciones que les ayuden a desenvolverse y saber reaccionar ante este tipo de situaciones:

- Empatía y acompañamiento desde una posición externa.
- Reconducir la tarea.
- Facilitación de espacios diferentes abiertos o de interior siempre acompañados y con una clara actitud de escucha.
- Discernir rápidamente si somos o no, aceptados en ese momento. Si no es así hay que cambiar de profesional.
- A veces es inevitable la contención física.

5.3 El Centro de Día Infante Juvenil de Movera

En ocasiones, a pesar de las medidas educativas tomadas a distintos niveles, la asistencia del alumno con psicosis infantil al centro educativo ordinario la totalidad de las horas de la jornada lectiva no es lo más adecuado para su desarrollo, puesto que el sistema ordinario no consigue dar respuesta a sus necesidades.

En este tipo de situaciones, se recurre a la opción de que el alumno pase un tanto por ciento de las horas de la jornada lectiva en un **Centro de Día Infante Juvenil**. Este tipo de centros, dependen tanto de los servicios educativos como de los servicios sanitarios y cuenta con profesionales de diversos perfiles: psicólogos, psiquiatras, maestros especialistas en Pedagogía Terapéutica, maestros especialistas en Audición y Lenguaje, fisioterapeutas, entre otros. Están destinados al alumnado de entre seis y dieciséis años, aunque en la mayoría de los casos el alumno que asiste a estos centros tiene más de nueve años y cursa Educación Secundaria Obligatoria o alguno de los últimos cursos de Educación Primaria.

¿Cómo es la intervención en este tipo de centros?

Este tipo de centros apuestan, a la hora de intervenir con el alumno, por un modelo inclusivo y deben entenderse como una herramienta de apoyo a los centros educativos.

En primer lugar, se recoge la información del caso, especialmente la del ámbito educativo (historia escolar, evolución, nivel de competencia curricular, medidas de carácter ordinario y/o extraordinario, relación con compañeros y profesores, relato de

conflictos graves, etc.) y se realiza una evaluación, en la que el equipo multidisciplinar analiza si el alumno es susceptible de ser atendido y en qué grado o medida, y se planifica el trabajo que se va a realizar en coordinación con su centro de referencia (CEIP o IES).

En segundo lugar, se decide el tipo de estrategia que se va a utilizar con el alumno:

- La atención individualizada: esta opción apuesta por un planteamiento estructurado de la sesión, que le permita al alumno sentir cierta sensación de “control”. No obstante, debe contar con la flexibilidad necesaria (gustos, temas de conversación, quejas, peticiones, demandas, etc.)
- La atención en pequeño grupo: esta opción, si las características del alumno lo permiten, es muy recomendable puesto que favorece en gran medida la socialización ya que, al ser la intervención en grupo recudido, el alumno cuenta con apoyos mas allá del que dirige la actividad. Importancia de la mediación del profesional.

Considero importante mencionar que estos centros mantienen una comunicación muy estrecha con los centros educativos ordinarios de referencia de los alumnos a los que atienden. Están en contacto constante con los tutores, orientadores y equipos directivos e incluso asisten a las reuniones trimestrales y sesiones evaluación, puesto que conciben los centros educativos como una herramienta importante en la intervención terapéutica y educativa.

Por último, me gustaría mencionar que, a pesar de lo necesarios que resultan estos centros, puesto que son el único recurso de este tipo especializado en el alumnado con enfermedad mental grave, desgraciadamente, existen pocos en nuestro país. De hecho, en la Comunidad Autónoma de Aragón únicamente contamos con uno, situado en el barrio Movera y que únicamente asiste a niños de la provincia de Zaragoza.

5. Casos prácticos

A continuación, para darle una visión más práctica al trabajo, incluyo la descripción de dos casos prácticos. En ambos, he tenido la oportunidad de conocer personalmente a los niños y observar cómo se desenvuelven tanto fuera como dentro del aula, aspecto que considero me ha beneficiado enormemente de cara a la realización de este trabajo, puesto que me ha permitido hacerme una idea real de cómo se comportan estos niños y no quedarme únicamente con la idea que el estudio y trabajo de la teoría podía aportarme.

El primero de ellos, se relata desde una visión más clínica e incluye información interesante acerca de las diferentes pruebas, evaluaciones y tratamientos que el niño ha recibido desde el diagnóstico inicial. También puede observarse la evolución que sigue el niño a lo largo del tratamiento, así como los diferentes progresos que realiza en las distintas áreas del desarrollo.

El segundo, por el contrario, se describe desde una visión más escolar e incluye diversas situaciones que han tenido lugar en el aula o centro educativo y comentarios de la tutora y de otros profesionales de la educación que intervienen diariamente con la niña.

Para finalizar con esta introducción y antes de comenzar con la exposición de los dos casos prácticos, me gustaría aclarar que, de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, he optado por no poner el nombre real completo o cualquier otro dato claramente identificativo de los alumnos para preservar así la identidad de ambos niños.

5.1 Caso I.

Nombre: I.

Fecha de nacimiento: diciembre de 2008

Género: Masculino

Curso: 3º curso de Educación Primaria

Centro: centro ordinario de titularidad pública de la provincia de Zaragoza.

Situación familiar: familia estructurada. I. es hijo único. Ambos padres cuentan con un trabajo estable.

Desarrollo evolutivo: embarazo y parto normal. A los 3 meses fue ingresado por episodio compatible con “espasmos del llanto”. Todas las pruebas (EEG, estudio neurometabólico, PEAT, ecografía transfontanelar) resultan normales. Deambulación a los 17 meses.

En **marzo del año 2012**, I. es derivado desde su centro escolar al Centro Base por presentar un “*nivel de desarrollo inferior al resto de niños de la misma clase*”, tenía entonces 3 años y 2 meses y no había acudido a un centro de educación infantil previamente. Según la madre, los otros niños le dicen que “*es como un bebé*”, a ella le preocupa el retraso en el lenguaje, la alimentación y la psicomotricidad.

En el Centro Base se realiza la correspondiente valoración y se determina que I. entre en el Programa de Atención Temprana (PAT) y se le asigna un módulo B, que consta de dos horas semanales, en Psicomotricidad y Logopedia. Los criterios de inclusión en el programa son:

- a) Nivel expresivo: Retraso del código pragmático, sintáctico, morfológico y fonológico en relación a la edad cronológica.
- b) Nivel receptivo: capacidad de imitación en relación a la edad cronológica.
- c) Cociente social retrasado para EC (escala de Vineland).

El diagrama funcional es: Trastorno en el desarrollo motriz, Trastorno en el desarrollo cognitivo, Trastorno en el desarrollo del lenguaje y Retraso evolutivo.

En abril del año 2012 el niño comienza a asistir al Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) que, por zona, le corresponde.

En **agosto de ese mismo año** se realiza el primer informe al Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS). En dicho informe, el equipo que trabaja con I. ha valorado la

necesidad de la intervención psicológica y propone mantener las dos sesiones de media hora de Psicomotricidad, media hora de Psicoterapia y media hora de Logopedia. Del tiempo que ha estado asistiendo a Atención Temprana, los profesionales del equipo destacan que I. presenta muy poco lenguaje espontáneo, jerga y ecolalia, poca iniciativa, no explora el espacio ni los objetos, le cuesta mantener la atención y dar recorrido a los juegos planteados por las especialistas. Poco a poco va participando en los juegos, siempre dirigidos, no hay juego simbólico.

En el área de la Disfagia Pediátrica, no se detecta ningún trastorno deglutorio, sino que se trata del rechazo del niño a alimentarse con sólidos.

En lo que respecta al ámbito familiar, de abril a agosto, los padres afirman que I. ha mejorado mucho y empieza a comer solo.

En **marzo del año 2013**, en lo que respecta a la Logopedia, a pesar de que lleva unos meses en el programa no se observan grandes avances en la adquisición de conceptos, no generaliza, sólo imita, no conoce los números y de los colores sólo identifica los iguales. Cuando se le corrige se enfada mucho. Persiste babeo importante. Todas las actividades son dirigidas.

Respecto a la Psicoterapia, I. solicita de la terapeuta ser cuidado, pide límites, que se le nombren los objetos y que estructuren su juego. Hace como que se corta un dedo o que se quema en la cocina de juguete para ver el efecto en la terapeuta. No obstante, persiste desorientación, comprensión dudosa, jerga y gran dependencia para sostener su acción.

I. va contento al colegio, y tiene amigos. Además, asiste al comedor escolar desde febrero y ello ha permitido grandes avances ya que empieza a pedir comida a su madre y parece experimentar sensación de hambre.

En relación con la Psicomotricidad, todavía tiene un esquema corporal muy poco consolidado, no hay representación gráfica. Sin embargo, hay mayor viveza y expresividad, aunque su tono motor sigue estando disminuido, y se muestra inseguro (aun no se sostiene en una pierna). Le gusta jugar con herramientas y con animales. Sube y baja escaleras, corre, salta con los dos pies a la vez.

En lo que respecta al ámbito familiar, comienzan a realizarse entrevistas de orientación a la madre por parte de la psicóloga, ya que la familia está angustiada en ocasiones. Los padres afirman que desde hace un mes llora por la noche y tiene pesadillas.

En **mayo del año 2013**, en lo que respecta a la Logopedia, los profesionales observan cierto “estancamiento”: cuando se le exige trabajar y no quiere se pone muy nervioso, lo pasa mal. Por ello, se decide suspender el tratamiento por un período hasta que tenga mejor disposición.

Con respecto a la Psicoterapia, se propone aumentar una sesión más a la semana, dada la desorganización de su discurso. Se está trabajando en pares de opuestos “esto sí, esto no”, “buenos, malos” y en la diferenciación de su “yo” de los “otros”.

Por tanto, I. recibirá a partir de ese momento 2 sesiones semanales de media hora en Psicomotricidad y otras 2 en Psicoterapia.

En **julio del año 2013**, se realiza una nueva revisión del niño en el Centro Base. En ese momento I. ha terminado 2º de Educación Infantil pero va más lento que el resto de clase y quizás repita curso. Los resultados de dicha evaluación son los siguientes:

- Desarrollo psicomotor (según la escala Brunet-Lezine-R): I. presenta un nivel de 3 años. Además, aletea cuando se pone nervioso, también al correr trotando y con poca coordinación.
- Desarrollo lingüístico: Hace frases largas pero omite los enlaces, presenta habla telegráfica y tiene la comprensión afectada. Habla en tercera persona, usa el yo y no hay confusión de pronombres recíprocos. Es locuaz, pero se escuchan ecolalias.
- Los padres afirman que es muy sociable, pero que no sabe defenderse con los niños. En casa, si se enfada, pega a todos.
- Lleva pañal por la noche. Come mejor en el colegio que en casa.
- Retraso madurativo importante.

El Centro Base propone volver a incluir la Logopedia en septiembre 2013. Se habla con ellos y se consigue que el criterio sea el del equipo del CDIAT, esperar a que el niño pueda aprovechar mejor ese tratamiento.

En **septiembre del año 2013**, en lo referente a la Psicoterapia, se produce un cambio de terapeuta (debido a una baja por maternidad) pero I. acepta bien el cambio. Realiza narraciones más coherentes, introduce en los juegos “*las brujas y monstruos*”. Se interesa por la figura humana masculina y femenina, sus dibujos son aún muy simples.

En lo referente a la Psicomotricidad, I. avanza de forma continuada pero lentamente. Hay sobreexcitación al inicio y final de las sesiones. Está alegre y mejora su fuerza. Usa la plastilina para potenciar la motricidad fina.

Seis meses más tarde, en **marzo del año 2014**, I. esta cursando 3º de Educación Infantil. En ese momento, se realiza una nueva valoración por parte del especialista en Logopedia, y se propone volver a incluir el tratamiento para ayudar a I. en la estructuración del lenguaje. Preocupa que su habla parece ajena a sus emociones. A través de los disfraces, las escenificaciones, etc. puede representar sus miedos. No muestra interés por letras ni números, aunque escribe su nombre invirtiendo letras. Aparecen de manera repentina, muestras de afecto exageradas hacia las terapeutas.

El equipo propone entonces al Centro Base que la intervención se estructure a partir de ese momento en: una sesión de Logopedia, una de Psicomotricidad y dos de Psicoterapia.

En **agosto del año 2014**, I. comienza a dibujar letras con ayuda de la logopeda. Además realiza una figura humana muy esquemática. También presenta menos miedos desde que ha introducido en sus juegos personajes que defienden a los otros y figuras femeninas (princesas). Necesita seguir horarios estructurados, y que los adultos aseguren su presencia.

En lo referente a lo social, muestra menos sobreexcitación aunque ahora se dirige a los desconocidos (en la calle, o parque) y les hace comentarios desajustados, un poco agresivos “eres viejo, fea..”. Va a repetir 3º de Educación Infantil.

Finalmente, en **21 diciembre de 2014** se le da el alta por edad y pasa a ser atendido en Atención Infantil en **enero de 2015**. En este momento, el psiquiatra lo evalúa, concluyendo como juicio clínico que I. presenta discapacidad intelectual media (CI de 60), rasgos TEA y retraso específico del lenguaje. Además, decide cambiar la medicación (introduce Risperdal y elimina Medikinet.)

Actualmente, I. cuenta con una beca ACNEAE y recibe tratamiento semanal de Psicoterapia y Logopedia.

A continuación, para finalizar con el caso, expongo algunos fragmentos de conversaciones recogidos por su psicoterapeuta. Considero relevante la aportación de dichos fragmentos al estudio del caso puesto que son representativos de la psicopatología del niño.

"*maa... matin*", le digo que no se lo que quiere decir, "*olímpicos*", "*oro*", le pido buscarlo en internet (aparece Carolina Marín, ganadora de bádminton. La madre dice después que ha visto con I. los juegos olímpicos). Pregunta por ella, "*gana*", "*pierde llora?*", quiere saber quién es, la buscamos.

Como podemos observar en el fragmento anterior, I. presenta problemas para estructurar correctamente el mensaje, lo que ocasiona que su lenguaje parezca, en ocasiones, incoherente.

"*Es tu yaya, tu...hija*", le pega golpes, "*dragón quema*", la quema, la intento cuidar y le digo que a los niños no se les hace daño. Pide que le mire las orejas a él y dice "*si*" al escuchar mi voz. Cambia la niña por el niño, "*niña esta muerta, no viene más*". Al niño le hace lo mismo, los tira lejos, "*hija de puta, gilipollas*". Se ríe cuando los lanza, igual que cuando les pega y yo les defiendo.

I. relata: "(...) cosa que le gustaba, que lloraba con comer setas por la noche porque un vampiro se la comía y luego se escapa todo el rato como un tonto manina camina y después se cogo con un bufepero que se llamaba Kikis y se murió ahora".

Como puede apreciarse en estos dos fragmentos, I. pasa de un tema a otro sin que, aparentemente, exista una conexión lógica entre ellos. No transmite grandes cantidades de información, y, además, la estructura sintáctica de sus enunciados no es del todo correcta, puesto que apenas utiliza conectores lógicos entre las diferentes partes que conforman la oración, lo que ocasiona que los mensajes resulten ambiguos e inconexos.

Esta forma de expresarse es una característica muy relevante dentro de la sintomatología de los niños con psicosis infantil y es debida a otra de las características fundamentales: el déficit en la función simbólica.

(...) continua pidiendo que busque un nombre "*Huntin Winkin, HUNTOIN HANQUIN...Un niño que murió, se tiró por las escaleras en una caja*", le pregunto si lo ha visto; responde que "*no*", "*la tele*"; pregunto si lo ha visto con su padre; responde "*no*". Luego habla de "*Hincan Winkan*" que "*es un niño que no quiere ir al cole*". Le pregunto si él quiere ir al cole y responde "*sí*" (sonríe).

La terapeuta le pregunta por el nombre de los chicos y entonces I. responde “Simin, Caman, Tian, Pián”. Al preguntar por el nombre de las chicas, el niño responde “Bikin, Aman, Cami, Sia”. Cuando la terapeuta pregunta si los nombres los ha pensado él, el niño afirma “es que (nombre de la psicoterapeuta) se casó con uno”. Cuando la psicoterapeuta lo niega, I. responde “a ver, Martina es mumeno contigo, Mikan es mumeno contigo.” Cuando la terapeuta dice que no los conoce, el niño repite “es que Mikan es mumeno contigo”.

En los dos últimos fragmentos se puede apreciar como I. inventa una serie de nombres a los que asocia acciones que no han tenido lugar y, aunque se le expongan señales y pruebas claras de que lo que está narrando no es real, el niño sigue interpretando la realidad de manera errónea. Esto está muy relacionado con el concepto de delirio mencionado en anteriores apartados del trabajo y que, a pesar de ser, en ocasiones, difíciles de identificar y/o diferenciar en etapas tempranas del desarrollo, suponen uno de los elementos diferenciadores de la sintomatología de la psicosis infantil, que permite distinguirla de otras problemáticas.

I. pide que hagamos a Carolina Marín, que la busque en el ordenador. Decide pintarla, lo hace varias veces. Hace a Carolina y luego a él, pero no le gusta porque le ha salido mal su cabeza. La tercera vez que lo intenta, hace primero a ella, "tetas" y luego a él, también se pinta tetas, le digo que las mujeres tienen tetas y los hombres pecho, que no es lo mismo. Diferencia también por el pelo, a la chica se lo pone largo y a él corto.

A través de este último fragmento podemos observar que I. presenta algunos problemas con la identificación de género, puesto que se aprecia que no comprende totalmente la diferenciación entre masculino y femenino, aspecto que se suele adquirir de forma estable entorno a los cuatro años y él tiene ya siete. No obstante, también podemos observar uno de los puntos fuertes de I.: es un niño muy hábil y creativo con todo tipo de elementos plásticos (pinturas, plastilina, etc.) y es capaz de concentrarse durante un largo período de tiempo en este tipo de actividades, realizándolas de forma autónoma y espontánea.

5.2 Caso J.

Nombre: J.

Fecha de nacimiento: diciembre de 2010

Género: Femenino

Curso: 1º curso de Educación Primaria

Centro: centro ordinario de titularidad pública de la provincia de Zaragoza.

Situación familiar: familia estructurada. J. es hija única. Ambos padres cuentan con estudios superiores y tienen un trabajo estable. La situación económica es buena.

Desarrollo evolutivo: en general normal, la madre de J. describe el embarazo de la niña como “complicado” pero no especifica ningún problema prenatal en concreto. En los informes médicos que los padres aportan tampoco aparecen reflejados problemas perinatales o postnatales.

En **mayo del año 2014**, J. llega al centro en el que actualmente cursa estudios a finalizar el primer curso de Educación Infantil, proveniente de un centro concertado y sin ningún informe o documento que especifique que J. tiene algún tipo de necesidad educativa especial. En un principio, esta situación sorprende a la tutora, puesto que el cambio de centro no se debe a un cambio de domicilio o alguna otra razón similar. Meses más tarde, los padres manifiestan que estaban descontentos con el centro anterior, sin alegar el motivo.

Durante los últimos meses del primer curso de educación infantil y los primeros meses del curso siguiente, la niña muestra graves dificultades para comunicarse con sus compañeros y con la maestra. La maestra afirma que ni ella ni sus compañeros conseguían entenderla, puesto que presenta importantes problemas de pronunciación en el lenguaje espontáneo. Debido a esto, y para evitar que la niña quedase aislada en el grupo-clase, en **octubre de 2014** la tutora propone que la psicóloga del centro valore a J. En un primer momento, los padres se muestran reacios porque opinan que los problemas en el lenguaje se deben a que la niña nació a finales de año, por lo que, consideran normal que “*lleve cierto retraso con respecto a otros compañeros*”. Al final, acceden.

Tras la realización de diferentes pruebas en las que se evaluó el lenguaje de J. en las diferentes dimensiones (comprensión, expresión, etc.), en **diciembre del año 2014**,

la psicóloga del centro determina que J. tiene un Trastorno Específico del Lenguaje (TEL). Se propone que la niña pase a considerarse como alumna ACNEAE por necesidades educativas especiales (NEE) y reciba apoyo educativo, en concreto, cuatro sesiones a la semana, dos con el especialista de Pedagogía Terapéutica y dos con el especialista de Audición y Lenguaje. Además, la niña comienza a recibir apoyo también fuera del centro, puesto que empieza a asistir a Atención Temprana en un centro de su barrio, todos los lunes por la tarde.

Conforme transcurre el curso se observa que sus problemas de lenguaje han mejorado considerablemente; sin embargo, comienzan a aparecer problemas de comportamiento que alteran significativamente tanto el desarrollo de la alumna como el clima del aula: se niega a realizar algunas fichas, no quiere permanecer sentada en su sitio, desobedece a la tutora y otros maestros, no quiere ir con el profesional de Logopedia a realizar los apoyos, etc. Uno de los acontecimientos más destacados en relación con esto tuvo lugar en el tercer trimestre del segundo curso de Educación Infantil, en **mayo de 2015**, cuando J., ante un castigo de la tutora por coger un juguete sin permiso, decide tirar el juguete contra el suelo, empujar a la tutora y salir corriendo del aula hasta llegar al segundo piso del centro.

También es en este período cuando J. comienza a hacer comentarios relacionados con el embarazo que llaman la atención de los adultos del centro. En las situaciones de asamblea, J. intervenía interrumpiendo el turno de otros compañeros y decía frases del tipo *“yo también quiero un hermanito”* o *“yo también voy a tener un bebé pronto en casa”*. En un principio, la tutora no le dio demasiada importancia puesto que en ese momento había tres niños en el aula que habían tenido o iban a tener un hermano/a, con lo cual achacó la situación a un problema de celos transitorio y normal dentro de la etapa evolutiva en la que nos encontramos. Sin embargo, los comentarios de J. con respecto a este tema fueron evolucionando tanto a nivel de contenido como en la manera de expresarlos, llegando a desconcertar a los maestros cuando J. le decía continuamente a la tutora y a otras maestras, mientras les señalaba el vientre, que *“iban a tener un bebé”* o manifestaba que *“quería meterse dentro de la tripa de su mamá para volver a ser un bebé”*. Cuando otro niño o la propia maestra le decía que eso no era posible, J. gritaba que *“sí”*; si se le volvía a decir que no era posible J. reaccionaba de dos formas distintas: se tumbaba en el suelo y lloraba o no emitía ninguna respuesta, dejaba de mirar a la persona que le había respondido y comenzaba a realizar otra actividad (jugar

con los cordones de sus zapatos, morder la bata, etc.) Esta situación se mantuvo aproximadamente un mes y medio.

Otro aspecto que llama la atención es que en las situaciones de juego libre en el patio, J. no quiere jugar con otros niños. Busca continuamente el estar con su tutora o con el resto de maestras que están vigilando el patio: les da la mano, quiere sentarse encima, etc. Cuando la tutora le dice que tiene que ir a jugar con otros niños, se cuelga de su brazo. Si la tutora la acompaña, la introduce a alguno de los grupos de juegos y se va, J. la sigue y merodea alrededor de ella unos minutos, hasta que intenta otra vez cogerle la mano, abrazarla o darle un beso.

En el último curso de Educación Infantil la situación no mejora, J. presenta problemas de conducta cada vez peores. En **octubre de 2015**, comienza a llamar la atención la relación que J. mantiene con otra de las alumnas del aula, que, según la maestra, es una relación de amor-odio. Según los padres de J., la niña “*quiere ser*” como esta otra alumna, la imita en casa e incluso en un par de ocasiones, a la salida del centro, ha llegado a llamar “*papá y mamá*” a los padres de la otra alumna. En relación con este tema, la tutora también comenta que, al pasar lista en la asamblea, algunas veces J. se nombra a sí misma con los apellidos de la otra niña y, cuando la tutora le dice que esos no son sus apellidos, se ríe y lo repite. En casos como estos, en los que J. sigue haciendo lo mismo por lo que se le acaba de reprender, la tutora opta por ignorarla y pide al resto de los alumnos que hagan lo mismo; porque la tutora considera que J. “*quiere llamar la atención*”.

También en esta fecha, los padres de J. informan a la tutora de que la niña lleva un tiempo sin dormir bien. La tutora había observado que, por las mañanas, J. estaba más apática y menos activa; sin embargo, después del recreo comenzaba a comportarse peor, era cuando se daban la mayoría de los conflictos. Según los padres de la niña, ésta no conseguía dormirse hasta pasadas las 0:30 horas de la madrugada y, al asistir al servicio de madrugadores, debía levantarse alrededor de las 7:00 horas para entrar al centro a las 8:00 horas. Por lo tanto la niña dormía únicamente alrededor de 7 horas, un número de horas de sueño muy inferior al recomendado para su edad. Además, comentan que cuando J. sale del centro a las 16:30 horas, va a un centro cívico hasta casi las 20:00 horas, para realizar actividades extraescolares. La tutora les pregunta si esas actividades las consideran necesarias, a lo que los padres le responden que, en ocasiones, “*no saben qué hacer con la niña*” porque “*por mucho que le griten no les hace caso*”. También

informan a la tutora de que recientemente han comprado una mascota, porque creían que podría ser algo beneficioso para J., pero la niña ignora al cachorro y, en ocasiones, no lo trata bien.

En este tercer curso, a partir de **enero del 2016**, destaca un cambio en la actitud de J. en el recreo. Ya no quiere estar sola o en compañía del adulto que vigila el patio, ahora busca jugar con el resto de los niños. Cuando tiene algún problema durante el juego (pega a otro alumno, le grita o similar), enseguida comienza a decirle *“me perdonas, ¿vale?, seguimos jugando, ¿vale?”* y lo repite varias veces, incluso sigue y agarra al otro alumno y se lo repite nuevamente acercándose a él. Si el otro alumno decide irse a jugar con otros niños, J. se acerca a las maestras que vigilan el patio y les dice que *“los niños no quieren jugar con ella, que no tiene con quién jugar”*; cuando las tutoras le preguntan que qué ha pasado, J. responde *“no sé”*.

Además, todos los días, antes de salir al recreo, uno de los alumnos coge una tiza para dibujar una rayuela en el patio. Este hecho suele generar conflicto puesto que J. siempre quiere ser siempre ella la que coge la tiza y dibuja la rayuela y, cuando la maestra le da la tiza a otro, J. va hasta ese alumno y le agarra el brazo (llegando incluso hasta morder en alguna ocasión) para abrirle la palma de la mano y quitarle la tiza. Una vez lo consigue, se coloca la primera en la fila o directamente sale al patio para dibujar la rayuela. Cuando la maestra intenta cogerla para castigarla, corre por el aula o por las instalaciones del centro. Si al final consigue quitarle la tiza y castigarla, J. llora.

Por otra parte, en relación con el comportamiento de J. en clase, la tutora afirma que *“cada vez le resulta más complicado llevar el normal desarrollo de las actividades de aula”*. J. suele situarse en el centro del aula mientras la maestra explica, e imitarla. Si la maestra está explicando las fichas con el libro del método, J. coge su propio cuaderno y se sitúa en el centro del aula, delante de la maestra, y comienza a realizar los mismos gestos que la maestra realiza, a la vez que repite textualmente todas las indicaciones que ésta da, en voz baja pero perceptible.

Además de las indicaciones para realizar las fichas, J. también repite las llamadas de atención que la maestra hace a otros alumnos cuando no están atentos o se están comportando mal. Llega a repetir incluso las llamadas de atención que la maestra le hace a ella misma. Sorprende que esta situación se de únicamente cuando la maestra explica en la zona de trabajo, rodeada del resto de los alumnos. Si la maestra explica

desde la pizarra, J. permanece sentada en su silla, aunque en muchas ocasiones no presta atención a la explicación.

Relacionado con lo anterior, la maestra también afirma que *“ella es la única figura de autoridad a la que J. respeta”*. Cuando otro maestro entra a hacer un desdoble o un estudiante está realizando las prácticas, J. no los trata como a la tutora. De hecho, aunque haya otro maestro o alguien de prácticas en el aula, si la tutora se ausenta, J. se sitúa en el centro de la clase y dice que *“ella es la profe y los demás niños le tienen que hacer caso”*. Si los demás alumnos no la miran y atienden al otro maestro que hay en clase, J. se acerca a las mesas y repite la frase anterior gritando, da golpes en el pupitre de algunos compañeros e incluso les roba algo del material. Cuando la tutora vuelve, J. va corriendo a su sitio, se sienta y comienza a realizar la ficha o tarea que en ese momento se esté haciendo. Si la tutora le pregunta sobre lo que acaba de suceder, J. niega los hechos o no responde.

Cuando la tutora u otro de los especialistas que le dan clase la reprenden, J. reacciona de diferentes formas: ríe, llora, se tira al suelo y da patadas o pone la mirada perdida, como si estuviera traspasando al adulto y mirando más allá. En otras muchas ocasiones, continua realizando la actividad por la que se le está reprendiendo haciendo caso omiso a lo que la tutora o el maestro correspondiente le esté diciendo.

En los casos más extremos, en los que J. se niega a hacer la ficha, corre por el aula o agrede a algún compañero, la tutora suele optar por llevar a la niña a Dirección o a otra de las clases del centro durante un rato (unos veinte minutos). Al recoger a J. y volverla a traer a su aula de referencia, la directora o el maestro correspondiente que haya estado con ella ese rato suele comentar que ha hecho la ficha o tarea que le han mandado sin problemas y que su comportamiento ha sido bueno.

Debido a los problemas relatados anteriormente, se propone que J. vuelva a ser evaluada al finalizar la etapa de Educación Infantil. **En junio de 2016**, los resultados de esta segunda evaluación determinan que J. presenta un Trastorno Grave de Conducta. Dado que sus problemas de lenguaje han mejorado considerablemente, se decide retirar el apoyo de Logopedia; sin embargo, continúa con el apoyo de la especialista en Pedagogía Terapéutica.

Se propone observar la evolución de J. durante los primeros cursos de Educación Primaria y volverla a evaluar a mitad de la etapa. Ante la inquietud de los padres sobre la posibilidad de que J. pueda continuar en el centro, la psicóloga afirma que esto dependerá de la evolución de la niña. No obstante, también les menciona que, dependiendo de dicha evolución, cabría la posibilidad de que, cuando J. cumpla los 9 o 10 años, comience a asistir algunas horas de la jornada escolar a un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.

6. Conclusiones y valoración personal

En primer lugar, me gustaría destacar que el proceso de elaboración de este trabajo Fin de Grado me ha supuesto un gran esfuerzo. A lo largo de los cuatro cursos que conforman el Grado de Maestro en Educación Infantil, he tenido la oportunidad de realizar multitud de trabajos de diversa índole, sin embargo, creo que la realización de este trabajo final supone un proceso de elaboración completamente diferente.

Para la realización del Trabajo Fin de Grado me he documentado ampliamente en diferentes libros, revistas, artículos, programas, páginas webs, etc., con el fin de realizar una revisión bibliográfica completa acerca de la psicosis infantil. A lo largo de este proceso, me han surgido dificultades en relación con la búsqueda de información, la comprensión de determinados conceptos y teorías, la síntesis y la redacción de las diferentes ideas. Además, la complejidad de la temática elegida, la rigurosidad o la adecuación a un formato previamente establecido de forma estricta es algo a lo que no estaba acostumbrada.

No obstante, creo haber solventado todas las dificultades y problemas surgidos a lo largo de estos meses y valoro la experiencia de haber realizado este trabajo como muy positiva, puesto que considero que, además de ampliar mi bagaje de conocimientos en relación con el tema elegido, me ha ayudado a ser más resolutiva. En definitiva, considero que es la culminación perfecta a cuatro años de carrera que me capacitarán para ejercer como maestra en un aula de Educación Infantil.

Tal y como afirmo en el apartado introductorio de este trabajo, uno de los motivos que me llevó a escoger la psicosis infantil como temática del mismo fue el darme cuenta, a raíz de mi experiencia en las Prácticas III y de las Prácticas de la mención de Atención a la Diversidad, de que no sabía exactamente cómo reaccionar ante un trastorno de este tipo. Además, pude observar cómo maestros con muchos años de experiencia tampoco sabían exactamente qué hacer en determinadas situaciones y demandaban mayor información y más formación entorno a estas problemáticas menos habituales, pero igualmente presentes en las aulas.

Si bien es cierto que la psicosis infantil es un trastorno poco común en niños tan pequeños, esto no quiere decir que no exista y que no podamos encontrarnos con él a lo largo de nuestra práctica profesional como docentes, por lo que no debemos obviarlo.

De hecho, otro de los aspectos que he descubierto a raíz de la elaboración de este documento es que a pesar de que los trastornos mentales pueden presentar ciertos síntomas llamativos, en edades muy tempranas del desarrollo resulta complicado elaborar un diagnóstico de este tipo, lo que puede ocasionar que alumnos que aparentemente presentan otras problemáticas acaben siendo diagnosticados de un trastorno mental. En este sentido, no es labor del maestro el elaborar un diagnóstico preciso ni mucho menos, pero sí considero fundamental, en favor de una detección precoz, que los docentes conozcan cuáles son los signos de alarma propios del trastorno psicótico infantil y sus principales síntomas.

Por todo lo anteriormente expuesto y, teniendo presente los objetivos generales del trabajo, estoy satisfecha con la labor realizada porque considero que he cumplido con las metas que me había propuesto.

Creo haber conseguido elaborar un documento novedoso, a la par que original, que puede resultar muy útil a los profesionales de la educación para entender qué es el trastorno psicótico y qué repercusiones tiene a nivel educativo. Para ello, por un lado, opino que he aportado la información necesaria en relación con la sintomatología, la definición, las características y demás aspectos fundamentales para comprender en qué consiste el trastorno psicótico. Por otro lado, en relación al ámbito educativo, creo que la explicación de los signos o señales de alerta en relación con este trastorno y la descripción del proceso de diagnóstico que sigue un niño, así como de las necesidades educativas que presenta este tipo de alumnado puede ser una herramienta muy ventajosa para aquellos maestros y tutores que tengan alumnado de estas características en su aula.

En relación con los casos prácticos, tal y como he mencionado en el apartado del trabajo, valoro en gran medida el haber tenido la oportunidad de conocer personalmente a ambos niños y observar cómo se desenvuelven tanto fuera como dentro del aula, puesto que es algo que me ha beneficiado de cara a la elaboración del documento, me ha permitido hacerme una idea más real de cómo son estos niños, cómo se comportan, etc. y no quedarme únicamente con la idea que la teoría podía aportarme.

Igualmente, valoro muy positivamente el haber podido visitar el Centro de Día Infante Juvenil de Movera y conocer personalmente la labor que los profesionales del centro desempeñan con los alumnos que asisten; así como su visión acerca de la situación de los trastornos mentales en relación con el sistema educativo actual.

Desde aquí me gustaría agradecer su colaboración a todas aquellas personas que han hecho posible ambas experiencias.

También me gustaría agradecer a mi directora su labor, puesto que sin su orientación, indicaciones acerca de la bibliografía básica y observaciones sobre los distintos borradores habría sido imposible la realización de este documento.

Por último, mencionar que, dado que todo lo relacionado con el trastorno psicótico infantil es un terreno en el que todavía queda mucho por descubrir, me gustaría poder retomar y ampliar lo expuesto en este documento en un futuro a lo largo de mi práctica profesional, así como que este trabajo pudiera servir de inspiración o ayuda para el trabajo de otras personas en un futuro.

7. Bibliografía

- Association, A. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®* (1st ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Cartera de Servicios - hcu. (2016). *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*. Retrieved 12 October 2016, from <http://www.hcu.es/web/hospital-clinico/cartera-de-servicios>
- Castrillo Mirat, D. (2011). *El estatuto del cuerpo en psicoanálisis: del organismo viviente al cuerpo gozante*. *Revista Freudiana*, 63, (pp. 33 a 55.)
- Castro, J., Escandell Manchón, I., Escudero Álvaro, C., Galbe, J., Lasa, A., & Mardomingo, M. et al. (2008). *Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes* (1st ed.). Retrieved from <http://www.aepcp.net>.
- Comparación LOE LOMCE. *Diferencias. Opiniones opinión general sobre los preámbulos*. (2016) (1st ed.). Retrieved from <http://www.redeseducacion.net/articulos/Materiales/Lomce/COMPARACIÓN%20LOE%20LOMCE%20DIFERENCIAS.pdf>
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) (2008) *Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo*. (2nd ed.). Galicia.
- Constitución Española de 1978. Boletín Oficial del Estado, 311, de 29 de diciembre de 1978.
- DECRETO 135/2014, de 29 de julio, Departamento de Educación, Universidad, Cultura y Deporte, por el que *se regulan las condiciones para el éxito escolar y la excelencia de todos los alumnos de la Comunidad Autónoma de Aragón desde un enfoque inclusivo*. Boletín Oficial de Aragón, 150, de 1 de agosto de 2014.
- Delirios y alucinaciones en la esquizofrenia, Psicólogo*. (2016). *Psicologo-especialista-barcelona.com*. Retrieved 18 August 2016, from http://psicologo-especialista-barcelona.com/que_son_delirios_o_alucinaciones.html
- Editorial Grupo 5. *Ponte en mi lugar*. (2016) (1st ed.). Madrid.
- Egge, M. (2008). *El tratamiento del niño autista* (1st ed.). Madrid: Gredos.

- Esquizofrenia infantil. Síntomas, causas y tratamiento.* (2016). *GuíaPsicología.com*. Retrieved 30 August 2016, from http://guiapsicologia.com/esquizofrenia-infantil/#Criterios_diagnosticos_de_la_esquizofrenia_infantil
- Ibáñez Domínguez, R. (2015). *Pautas de actuación en el aula con el alumnado que presenta esquizofrenia infantil* (Graduado). Facultad de Educación y Trabajo Social. Departamento de Pedagogía. Universidad de Valladolid.
- INSTRUMENTO de *Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989*. Boletín Oficial del Estado, 313, de 31 de diciembre de 1990.
- Jiménez, A. (2005). Coordinación entre dispositivos de Educación y Salud Mental Infanto Juvenil. In *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* (pp. 129-139). Córdoba: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de *Integración Social de los Minusválidos*. Boletín Oficial del Estado, 103, de 30 de abril de 1982. (Derogada en 2013).
- Ley 14/1970, de 4 de agosto, *General de Educación*. Boletín Oficial del Estado, 187, de 6 de agosto de 1970. (Derogada 1990)
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de *Ordenación General del Sistema Educativo*. Boletín Oficial del Estado, 238, de 4 de octubre de 1990. (Derogada 2006)
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de *Protección de Datos de Carácter Personal*. Boletín Oficial del Estado, 298, de 14 de diciembre de 1999. (Rev. 2011)
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de *Educación*. Boletín Oficial del Estado, 106, de 4 de mayo de 2006
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la *Mejora de la Calidad Educativa*. Boletín Oficial del Estado, 295, de 10 de diciembre de 2013. (Rev. 2015)
- Lezcano Barbero, F. (2013). *Alumnado con enfermedad mental. La asignatura pendiente* (1st ed.). Burgos.
- López, A. (2016). *De la LGE a la LOMCE: Así son las siete leyes educativas españolas de la democracia*. *Teinteresa.es*. Retrieved 9 September 2016, from

http://www.teinteresa.es/educa/siete-leyes-educativas-franco-wert-zapatero-aznar-ucd-psoe-pp_0_1007900025.html

Marcelli, D., Ajuriaguerra, J., Feliu i Pi de la Serra, M., & Martínez González, A. (1996). *Psicopatología del niño* (3rd ed.). Barcelona: Masson.

Mardomingo Sanz, M., Gil Flores, S., & Catalina Zamora, M. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente* (1st ed.). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Mazet, P., Stoleru, S., & Pérez de Lara, N. (1990). *Manual de psicopatología de la primera infancia* (1st ed., pp. 183 a 194). Barcelona: Masson.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. (1st ed.). Madrid.

Modelos. (2016). *Orientacion.catedu.es*. Retrieved 13 September 2016, from <http://orientacion.catedu.es/protocolos/>

ORDEN de 28 de marzo de 2008, del Departamento de Educación, Cultura y Deporte, por la que *se aprueba el currículo de la Educación infantil y se autoriza su aplicación en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón*. Boletín Oficial de Aragón, 43, de 14 de abril de 2008.

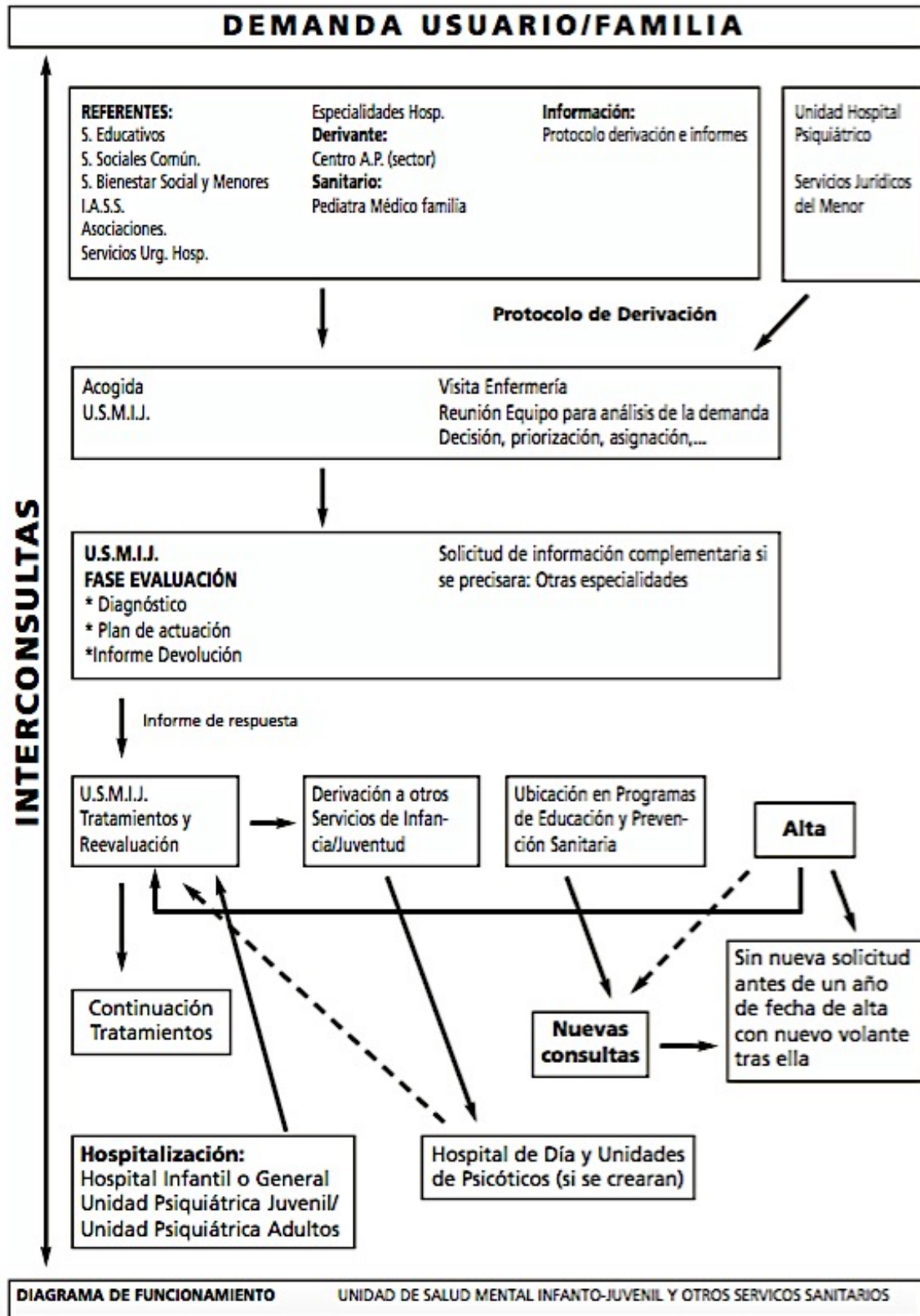
ORDEN de 30 de julio de 2014, de la Consejera de Educación, Universidad, Cultura y Deporte, por la que *se regulan las medidas de intervención educativa para favorecer el éxito y la excelencia de todos los alumnos de la Comunidad Autónoma de Aragón desde un enfoque inclusivo*. Boletín Oficial de Aragón, 152, de 5 de agosto de 2014.

ORDEN, de 20 de enero de 2003, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, por la que *se regula el Programa de Atención Temprana en la Comunidad Autónoma de Aragón*. Boletín Oficial de Aragón, 14, de 5 de febrero de 2003.

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. (Décima Revisión). Madrid.: Meditor.

- Perkins, M. (2015). *Los derechos de la infancia para futuros profesionales de educación. Una aproximación* (1st ed.). Valencia: UNICEF Comité Comunidad Valenciana.
- Psicosis. (2014). *Dicciomed: Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*. Salamanca: Universidad de Salamanca. Retrieved from: <http://dicciomed.eusal.es/palabra/psicosis>
- Recursos de Salud Mental*. (2016) (1st ed.). Zaragoza. Retrieved from http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/ServicioAragonesSalud/AreasTematicas/InformacionCiudadano_DerechosDeberes/ci.03_salud_mental.detalleDepartamento#section3
- Sector Zaragoza II: Atención Primaria Hospital Universitario Miguel Servet. (2016). *Sectorzaragozados.salud.aragon.es*. Retrieved 3 October 2016, from <http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/paginas-libres/portal-sector/servicios-clinicos/todos-servicios/>
- Servicio Aragonés de Salud. (2003). *Programa de atención a la salud mental infanto-juvenil. Plan estratégico de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón*. (1st ed.). Zaragoza.
- Tiana, A. (2012). *Los motivos de las leves*. Escuela, Núm. 3967 (1363).
- Tustin, F. & Tustin, F. (1991). *Autismo y psicosis infantiles*. Barcelona: Ediciones Paidós.

ANEXO I: Anagrama de funcionamiento



ANEXO II: Informe psicopedagógico**INFORME PSICOPEDAGÓGICO**

Fecha: --/--/----

Alumno/a:	
Centro docente:	
Nivel, grupo y tutor/a:	
Necesidad específica de apoyo educativo por: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Necesidades educativas especiales <input type="radio"/> Dificultades específicas de aprendizaje <input type="radio"/> Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad <input type="radio"/> Altas capacidades intelectuales <input type="radio"/> Incorporación tardía al sistema educativo <input type="radio"/> Condiciones personales o de historia escolar 	Grado de necesidad específica de apoyo educativo: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

DATOS DEL SERVICIO DE ORIENTACIÓN EMISOR	
Denominación:	
Correo electrónico:	Teléfono:

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO O LA ALUMNA		
Apellidos:		Nombre:
Fecha y lugar de nacimiento:		Edad: Sexo:
Nº de hermanos:		Lugar que ocupa:
Padre o tutor legal:		
Madre o tutora legal:		
Domicilio:		
Población:		Código Postal:
Teléfono:		

2.- DATOS ESCOLARES			
Centro docente:			
Nivel y grupo:	Tutor/a:	Ha repetido: No Sí	Nivel repetido:
Escolarización previa:			
Observaciones respecto a su historia escolar:			

3.- CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA
Características de los ámbitos de desarrollo evaluados:
Nivel de competencia curricular:
Estilo de aprendizaje:
Características del contexto familiar, social y cultural, relevantes para el aprendizaje:
Medidas de intervención educativa adoptadas previamente:

4.- NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO
<p>Origen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Necesidades educativas especiales <input type="radio"/> Dificultades específicas de aprendizaje <input type="radio"/> Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad <input type="radio"/> Altas capacidades intelectuales <input type="radio"/> Incorporación tardía al sistema educativo <input type="radio"/> Condiciones personales o de historia escolar <p>Grado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Grado 1: necesidad prolongada en el tiempo que requiere exclusivamente de medidas específicas básicas. Escolarización en centro ordinario. <input type="radio"/> Grado 2: necesidad prolongada en el tiempo que requiere exclusivamente de medidas específicas básicas y extraordinarias. Escolarización en centro ordinario o centro de atención preferente. <input type="radio"/> Grado 3: necesidad que se prevé permanente y asociada necesariamente a necesidades educativas especiales. Requiere medidas básicas y extraordinarias que no pueden ser proporcionadas en un entorno ordinario y la escolarización se realizará en centro de educación especial o en unidad de educación especial en centro ordinario.

5.- PROPUESTA DE MEDIDAS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA	
Generales:	
Específicas básicas:	
	Adaptaciones de acceso de carácter individual.
	Programación didáctica diferenciada.
	Adaptación curricular no significativa de forma prolongada e incorporando aspectos directamente relacionados con la diversidad funcional del alumno.
	Adaptación en las condiciones de asistencia por motivos de salud.
	Programas de inmersión lingüística y de aulas de español.
<i>Orientaciones:</i>	
Específicas extraordinarias:	
	Flexibilización para la incorporación a un nivel inferior al correspondiente por edad.
	Cambio de tipo de centro.
	Fórmula de escolarización combinada.
	Adaptación curricular significativa de áreas o materias. Implica la evaluación con criterios correspondientes a, al menos, dos niveles educativos inferiores respecto al que está escolarizado.
	Permanencia extraordinaria en la etapa de educación infantil <input type="checkbox"/> educación primaria <input type="checkbox"/>
	Aceleración parcial del currículo. Implica la evaluación con criterios del nivel superior al que está escolarizado y referidos a las áreas o materias objeto de la adaptación.
	Flexibilización del período de permanencia en los diversos niveles, etapas y grados.
	Fragmentación en bloques de las materias del currículo de bachillerato.
	Extensión extraordinaria de la escolarización en centros o unidades de educación especial hasta los veintiún años.
	Programa de mejora del aprendizaje y del rendimiento de carácter institucional.
	Programa de promoción de la permanencia en el sistema educativo.
<i>Orientaciones:</i>	

6.- ORIENTACIONES DIRIGIDAS AL CONTEXTO FAMILIAR

ANEXOS	
	Nivel de competencia curricular aportado por el profesorado implicado.
	Estilo de aprendizaje aportado por el profesorado implicado.
	Dictamen de escolarización y opinión escrita de los padres o tutores legales.
	Propuesta conjunta para fórmula de escolarización combinada.
	Propuesta de distribución para la fragmentación de materias del currículo de bachillerato.
	Autorización escrita de los padres o tutores legales en relación con la medida específica extraordinaria propuesta.
	Documentos complementarios:

Fdo. Orientador/a	Fdo.
--------------------------	------