

# La relación clínica-educación en el marco escolar: susceptibilidades y puntos de encuentro

**Josep M<sup>a</sup> Brun**

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta. Director Revista *eipea*

(Recibido 2020-08-29 / Aceptado 2020-10-03)

## Resumen

### La relación clínica-educación en el marco escolar: susceptibilidades y puntos de encuentro

Este artículo reflexiona sobre la relación clínica-educación en el marco escolar, partiendo del hecho de que no siempre ha sido una relación fácil, empujada a veces al enfrentamiento, pero absolutamente enriquecedora si se pueden superar los recelos mutuos y enfocar bien cuál es su objetivo. El texto apuesta por un trabajo conjunto que confluya en el interés por entender qué le pasa al niño/a y qué nos pasa a nosotros en la relación con ellos, que pueda ayudar a resolver los conflictos emocionales y conductuales que se den en el aula. Se enfatiza en la que se considera la tarea adecuada de la clínica al respecto: ayudar a pensar, a entender y a rehacer o a crear una buena relación a partir de la comprensión de los estados emocionales del alumno, de su estructura de personalidad y de sus modalidades de relación, empezando por la que mantiene con los docentes. Finalmente, se valoran diferentes aproximaciones a este trabajo entre clínica y educación, como son la formación, el asesoramiento y el trabajo en red.

**Palabras clave:** clínica, educación, comprensión, asesoramiento, trabajo en red

## Abstract

### The clinical-educational relationship in the school setting: susceptibility and convergence

This paper reflects on the clinical-educational relationship in the school setting, taking into account the fact that it has not always been easy, sometimes pushed into confrontation, but considering that it is absolutely enriching if mutual misgivings are overcome while focusing on its actual goal. The paper takes a chance on working together in order to understand what is happening to the child and what is happening to us in our relationship with him, which can help to resolve the emotional and behavioural conflicts which arise in the classroom. Emphasis is placed on what is considered to be the appropriate task of the clinic in this matter: helping to think, understand and rebuild or create a good relationship based on an understanding of the student's emotional states, his personality structure and his relationship patterns, the one with his teachers in the first place. Finally, different approaches to this work between clinic and education are valued, such as training, counselling and networking.

**Keywords:** clinical, education, understanding, counselling, networking

## Escenario

La relación clínica-educación ha sido siempre compleja y, no pocas veces, intrincada y repleta de desconfianzas mutuas. La historia nos muestra ejemplos de esfuerzos de trabajos complementarios y, a la vez, de intentos de contraponerlas e, incluso, de volverlas excluyentes. Manzano (1991) ya nos advertía con relación a los trastornos de aprendizaje y a los posibles abordajes que “No es menos cierto que el uso exclusivo de uno u otro de estos modelos comporta un riesgo de unilateralidad y, en consecuencia, de una *monorespuesta* educativa o terapéutica, que no tiene en cuenta necesariamente la naturaleza específica de los trastornos”. Y Lasa (2018) se lamenta de que, hoy en día, “Educación y tratamiento, pedagogía y psicoterapia (...) van perdiendo su carácter de complementarias, aunque así han sido utilizadas en muchos lugares”, empujadas ahora al enfrentamiento teórico y emocional. Y no les falta razón.

Sin embargo, los anhelos por encontrar el canal para hacer complementarios los dos saberes se han sucedido en el tiempo. Desde experiencias como la de la *Pedagogía* de principios del siglo XX en la Unión Soviética (término ruso para una combinación de pedagogía, psicología y medicina, citado por Pedreira, 2020) a la del distrito XIII de París o a la de los *Centres Médico-Psychopédagogiques* de Ginebra, fundados el año 1906 y en funcionamiento desde entonces, con intervenciones terapéuticas polivalentes y multiprofesionales -psicoterapia, pedagogía especializada, psicomotricidad, logopedia, basadas en una relación intensiva, coordinada y prolongada (Manzano, 2009 y Lasa, 2018). Sin olvidar la *Heilpädagogik* (*Pedagogía curativa* de la Austria de los años cuarenta del siglo XX) que, en palabras de Hans Asperger, citadas por Lasa (2006), se trataba de “... un acercamiento específico que no debe confundirse con la reeducación, una síntesis intuitiva de la práctica médica y educativa, una herramienta de referencia tanto para médicos como para enfermeras, maestros y terapeutas”.

En nuestro entorno, encontraríamos, justo ahora hace cien años, el proyecto de las escuelas Vil-laJoana y ejemplos recientes, aunque también de las últimas décadas, de colaboración entre los dos marcos en una cuestión tan sensible como sería el autismo, como el del Centro de Recursos del Centre Terapèutic Bellaire en las comarcas del Vallès Occidental o en la del Bages (Viloca, 2017), el del Ayuntamiento de Santpedor (2013) o verdaderos trabajos en red: en Granollers (Cruz et al., 2014)[1] o el Programa AGIRA (Brun, Aixandri y Olives, 2017), por citar algunos. En la misma línea, el funcionamiento de instituciones terapéuticas, escuelas especiales específicas, trabajando complementariamente a partir de las dos aproximaciones y colaborando con escuelas ordinarias. Pero también encontramos defensores férreos de la oposición entre clínica y educación, diferenciando y marcando una frontera entre lo que sería el objetivo de una y de otra, entre lo que es *curable* y lo que es *educable*. Parecería que este planteamiento apuesta por abordajes parciales, dejando de lado una visión más global del niño[2].

La mirada integral al niño —y, en consecuencia, a su entorno, familiar, escolar y social— comporta en los profesionales una idea de trabajo en red, una manera de tener en mente el trabajos con los niños, a los que no se les consideraría como elementos aislados, sino como parte de una familia y un contexto y, por tanto, como “potenciales usuarios o beneficiarios de diferentes servicios: educativos, sanitarios (físicos y psíquicos), sociales, entre otros” (Brun, Olives, Aixandri, 2018) y que, en definitiva, obliga a un encuentro con otros profesionales y otros saberes. Por el contrario, una mirada parcelada a los niños conecta con toda una corriente muy en boga donde prevalece la importancia de los síntomas sobre la de las estructuras de personalidad, de la conducta sobre la gestión de las emociones o las modalidades relacionales (o de los efectos por encima de las causas), de las supuestas evidencias científicas sobre las evidencias clínicas y de las terapias exprés sobre la profundización y la escucha personalizadas, todo ello traducido en una intolerancia ante la falta de uniformidad y ante los aspectos más singulares del sujeto. En definitiva, una mala época para la escucha, la comprensión y la diversidad.

## Encuentro clínica/educación

Si situamos el encuentro clínica-educación o educación-clínica en el contexto escolar, tiene una crucial importancia en qué momento surge. La clínica no está presente en la escuela hasta que algo deja de ir bien en el hacer o estar del niño atendido y educado por el centro escolar y no se sabe a qué es debido ni cómo solucionarlo. La clínica no aparece cuando los problemas son puramente de aprendizaje —que daría entrada, si acaso, a otras ramas de la psicología—, sino cuando se dan problemas de personalidad, de relación, emocionales que pueden convertirse en problemas de convivencia o de conducta. Podríamos decir que la entrada de la clínica significa la entrada (o la oficialización) de la patología, del trastorno o del malestar. El objetivo de la clínica es la prevención, diagnóstico y tratamiento del trastorno o patología, que afecta a la calidad de la vida de la persona. Marcada desde su etimología, la palabra clínica proviene de la griega *kliní*, que significa cama y que evidencia su vínculo con la intervención a pie de cama con la persona enferma, afectada o incapacitada. “La clínica nace como respuesta a la necesidad que tiene el ser humano de sistematizar los signos y síntomas de las distintas enfermedades, tratando de comprender su origen, pero sobre todo de aliviar o curar a quien los manifieste” (Salom-Echevarría, 2003). Y a su entorno, añadiríamos.

Es evidente que las políticas de inclusión, más allá de la valoración que hagamos de ellas, han aumentado la presencia de niños con diferentes dificultades en las aulas y, en lógica consecuencia, de la *patología* y, por tanto, de la clínica en el marco escolar.

La sensación de no saber o de que se les está pidiendo trabajar en una materia que no les corresponde aumenta entre los docentes; en otras palabras, la idea de una cierta

*patología impuesta* (Brun, 2001). También aumentan las demandas de pautas, con frecuencia de soluciones rápidas, por falta de disponibilidades de todo tipo. Y el miedo de que aquello que no toca acabe afectando a lo que sí toca. Y aquí aparece la clínica como codiciada solución mágica, en algunos casos, o como rival o juez en otros. Alguien que, desde fuera, nos dirá qué le pasa a aquel niño, qué hacemos mal y, sobre todo, cómo lo solucionamos. La manera en que nos posicionemos ante esta situación será básica. Porque fácilmente podemos entrar en una dicotomía antagónica: el educador se dedica a la parte *normal* del niño y el clínico a la parte *anormal*. La clínica relacionada a la patología o al trastorno y la educación ligada a la normalidad, con lo que en seguida parcelamos al niño del que estamos hablando y centramos la dificultad en aquella parte trastornada y, de rebote, en el propio sujeto. Y a la clínica le correspondería arreglar aquello que impide aprender al niño.

No se nos escapa que esta visión sobre la clínica como indicio de patología también la podemos encontrar en comentarios, afortunadamente cada vez menos frecuentes, como los del niño que se niega a ir al psicólogo porque “*no estoy loco*” o en argumentos que se aferran en exclusiva a aspectos educativos o de crianza, que pueden darse tanto en padres como en profesionales, buscando culpables y repartiendo culpas: “*es un mal educado*”, “*le faltan límites en casa*” o “*la maestra no sabe cómo tratarlo*”, que con frecuencia llevan a pensar en un intento de dejar fuera el malestar o la dificultad emocional o, al menos, de no profundizar en ellos; de no trascender un cierto umbral. También parece reflejar esa intención la demanda de soluciones rápidas o de pautas en recetario que nos ahorren tener que considerar otras interpretaciones. El paso precipitado a una medicación milagrosa como respuesta única al malestar interno y relacional ejemplificaría el punto álgido de este postulado y no pocas veces es la demanda que recibimos. La clínica —o, mejor, los clínicos— pueden hacerse cómplices de esas demandas.

## Ante la incertidumbre

Una visión más sosegada de la cuestión nos debe permitir captar los dolores que se encuentran tras las demandas de soluciones que se le piden a la clínica desde la educación. Y uno de los más destacados es el dolor de la incomprensión. El dolor de quien no es entendido y el dolor de quien no entiende. Hinshelwood (2007) sugiere que con el gran córtex cognitivo con el que nos ha dotado la evolución “somos especialmente vulnerables al estrés de afrontar el sinsentido”. Necesitamos saber y esta necesidad puede entorpecer el camino de una curiosidad realmente abierta”. En otras palabras, tolerar el no saber, la incertidumbre. Ya nos hablaba Bion (1970) de la importancia de *la capacidad negativa* (la aptitud para mantenernos en la incertidumbre sin esforzarnos de manera irritable por llegar al hecho y a la razón) como característica

personal aconsejable en el profesional para tratar y acompañar ciertas patologías graves. Y la demanda de soluciones rápidas tiene mucho que ver con esta (in)capacidad. Necesitamos poder entender, poder dar sentido y dejar de sufrir en un marco de incertidumbre.

El educador tiene ganas, y necesidad, de ser ayudado. El clínico puede sentir la tentación de actuar como redentor (y no hablamos de narcisismo profesional, sino también de verdadera empatía con el malestar del otro). La combinación de la necesidad de entender y la necesidad de dar soluciones puede llevarnos directamente al *actuar*, saltándonos el *entender*. La disyuntiva no debiera ser o solucionar el problema o entender la situación, sino —nos parece obvio— solucionar el problema gracias a haber entendido la situación. Con frecuencia, se malinterpreta la comprensión como pasividad o permisividad. Entendemos que el objetivo principal de la clínica con relación a la educación no debiera ser el de solucionar el hecho ni dar pautas que otros, de manera delegada, apliquen; sino el de ayudar a entender al niño, la relación y lo que provoca. Dicho con otras palabras, el trabajo del clínico no es dar pautas, sino ayudar a entender a aquel niño y lo que provoca en la relación para que el propio docente encuentre las pautas de actuación.

El hecho de promover que sea el propio docente quien encuentre las pautas responde básicamente a dos motivos: el primer motivo es que es él quien mejor conoce las herramientas pedagógicas para llevar a cabo su objetivo educativo: pero el segundo motivo, no menos importante, es que es él quien mejor conoce al niño (también quien más puede sufrir el desencuentro con él, pero de ello hablaremos más adelante). Asperger describe con una certidumbre no exenta de entusiasmo su opinión sobre esta convivencia que lleva al conocimiento (citado por Lasa, 2006): “Creemos que la naturaleza de una persona sólo se revela de una manera auténtica a quien vive con ella, si es que puede observar las innumerables reacciones que tienen lugar en la vida de todos los días, en el trabajo, en la escuela, en el juego, bajo presión y en la actividad espontánea en un contexto libre y distendido”. En palabras de Leal (2010): “Lo que cura es la cotidianeidad y el cuidado de lo cotidiano”. Creemos que la clínica pecaría de soberbia si no partiera de esta premisa en la relación con la educación, pero también respecto a la relación con los padres y la familia.

## Relación y comprensión

¿Por qué, entonces, dado este conocimiento desde la cotidianeidad, el educador necesita una ayuda externa que es encargada a la clínica? Por un lado, porque *conocer* al niño y *entender* al niño (o entender todo lo que hace el niño) no siempre son equiparables. Y debemos admitir que, sobre todo, ciertos comportamientos trastornados pueden escapar al sentido común y a la comprensión. Pero, del otro, porque no podemos excluir de la

educación el aspecto relacional. Y en este punto, tenemos que distinguir entre el *trabajo directo* y el *trabajo indirecto*. El educador trabaja de manera directa y convivencial con el niño y ello le aporta conocerle mejor, pero también estar sometido a las proyecciones relacionales que implica, especialmente destacables si hablamos de niños con algún tipo de trastorno emocional. Y esta vivencia contratransferencial (nuestras reacciones a la relación a nivel de pensamientos, emociones, incluso prejuicios, en un plano inconsciente) está presente, moviliza y debe poder ser entendida. Introducir este componente no deja de ser delicado, puede ser mal interpretado, especialmente en una situación que ya está siendo complicada y que genera susceptibilidades, y debe quedar lejos de sentimientos de culpa o responsabilidades extrañas. No se trata de hacer terapia al educador, por descontento, sino de trabajar con él aquellos aspectos que tienen influencia en la relación entre el niño y el docente.

Para clarificar mejor este punto, debemos pensar que el trabajo del clínico con respecto a este niño puede ser de trabajo indirecto, pero también directo. El niño del que hablen educación y clínica puede ser el alumno del educador en el aula y, a la vez, paciente del clínico en la consulta. Y si es ésta la situación que se da, tendremos que hacer la misma reflexión sobre los aspectos contratransferenciales en el clínico. Y ya puestos, hemos de poder aplicar estas reflexiones a la relación niño/padres, pero también profesional/padres. Pensar que conocemos mejor al niño que los padres no deja de ser, como mínimo, una temeridad. Pero también debemos recordar la especial y potente carga proyectiva y contratransferencial que tiene la relación padres/hijos.

De una manera similar al objetivo que propone Leal (2010) hacia el que ha de tender la educación, “enseñar a pensar, a replantearse lo que a uno le han hecho pensar, para acabar pensando por sí mismo”, consideraríamos como parte fundamental de la tarea de la clínica para con la educación la ayuda a poder pensar, teniendo en cuenta que este pensamiento no es que esté ausente, sino que ha sido atacado por conductas incomprensibles y situaciones dolorosas. La manera en que aprende el niño también significa cómo interioriza el mundo externo y cómo se relaciona con él. El hecho de aprender genera en sí mismo respuestas emocionales, posicionamientos y potenciales reticencias o defensas. El punto de encuentro entre la clínica y la educación debería ser el afán, el anhelo, de entender, de entender qué le pasa al niño y qué nos pasa a nosotros en la relación con él. Y es aquí donde puede ayudar la clínica: dando pistas, explicando estructuras y abriendo un espacio de pensamiento para esta comprensión que ayude a saber no sólo qué le pasa al niño, sino también —y, sobre todo— cómo es el niño, qué siente, qué piensa y cómo se relaciona, también con nosotros y, por tanto, a la vez, qué nos hace sentir. Entendemos que esta manera de trabajar conjuntamente clínica y educación es la más terapéutica. Y, en este sentido, creemos que con frecuencia se da una interpretación restrictiva del concepto *terapéutico*, que se equipara a la curación como resultado de la terapia, del tratamiento. Apelamos a una visión más amplia, considerando terapéuticas aquellas actuaciones que llevan al bienestar y mejora en la salud de la persona, en este caso mental, en la misma línea en la que podía hablar

Corominas (1994) de un *ambiente terapéutico*. Lo terapéutico no sólo es consecuencia de la terapia (del tratamiento), sino que también se puede dar y se da a partir de un *trato* adecuado (Brun, 2014).

## La formación

Podemos imaginar dos tipos de escenarios en función de que el clínico realice un trabajo exclusivamente indirecto respecto al niño o combine un trabajo directo con el niño con uno indirecto. Un trabajo en exclusiva indirecto, es decir, aquel en el cual el clínico no trabaja con el niño y sí lo hace con el educador que lo tiene en el aula, puede llegar a partir de una formación o de un asesoramiento. La ventaja de la **formación** es que puede introducir la comprensión de estructuras de personalidad y modalidades de relación, interpretar comportamientos aparentemente ininteligibles o incoherentes a partir del acercamiento a trastornos para los que el educador no tiene por qué haber sido preparado en su especialización, ayudar a cambiar argumentarios morales (*niños malos*) por clínicos (*niños enfermos*), con todo lo que ello implica en la percepción de la voluntariedad o no del niño y, por tanto, en el malestar de quien recibe sus conductas. Es evidente que también hay un beneficio económico: muchas personas se pueden formar a la vez. Las desventajas no son menos importantes: el peligro de la generalización, el no favorecer la observación individual y de las individualidades que incluso puede ser entorpecida haciendo prevalecer la teoría sobre la persona. En definitiva, un cierto tipo de formación puede sesgar su discurso hacia los trastornos o la patología, no hacia las personas que las sufren, y acabar uniformando a los sujetos a partir del diagnóstico. La formación tampoco puede acceder a lo que un educador siente en su relación personal cotidiana con su alumno. En resumidas cuentas, podemos definir la formación como una introducción valiosa.

## El asesoramiento

Una aproximación diferente es la del **asesoramiento**, en la que pasamos del terreno de lo teórico y general al práctico y particular. Siguiendo con la línea que venimos apuntando, consideraríamos un asesoramiento de la clínica a la educación inadecuado o, al menos, parcial a aquel que se base simplemente en la transmisión de unos conocimientos sobre el niño y qué hacer con él. Se trataría más bien de “*entender y atender* a la vez las angustias que se derivan de la relación y de las diferentes relaciones, de *tener en cuenta* a todos los elementos que participan (niños, maestra, otros maestros, compañeros, entorno escolar, padres e, incluso, padres de compañeros, así como otros asesores), de *defender y promover* la comprensión y de *generar* esperanzas” (Brun,

2001) ante el malestar de la situación. Esta tarea de la que estamos hablando no es otra que la de *ayudar al que ayuda*, que nos retorna la vieja —que no caduca— preocupación de *cuidar al cuidador*. En el asesoramiento, educador y clínico han de poder hablar del niño a partir del conocimiento que de él tiene el educador y de sus vivencias y relación. El clínico debería poder aportar su saber para ayudar a aliviar el dolor mental y emocional que provoca el malestar de la situación en el propio niño y en aquellos que le rodean dentro del ámbito escolar. Queda claro que este dolor es proporcional al grado de afectación del alumno o de la situación, también al grado de implicación de otros elementos en las dificultades: si queda limitado al aula o si tiene implicaciones fuera del aula, si afecta también a la relación padres/escuela o a otros padres. Todos estos parámetros forman parte del material a trabajar en la relación de asesoramiento clínico/educador. En no pocas ocasiones, los malestares provocados por estas situaciones pueden llegar a alterar la relación del educador con sus propios compañeros, añadiendo todo ello presiones extras que recaen sobre el educador y que deben poder ser contempladas en el asesoramiento. En la realidad del asesoramiento nos podemos encontrar también con diferentes profesionales que ejercen funciones variadas y estas diferencias pueden marcar visiones no siempre complementarias, provocando a veces situaciones conflictivas extras. La presencia de otros profesionales de la escuela en un asesoramiento puede ser tanto una buena señal de que el educador se encuentra apoyado por el equipo escolar como una manifestación palpable de las dificultades y repercusiones que provoca la escolarización del niño, que pueden ir más allá de las aulas y afectar a toda la escuela.

Para acabar de exponer nuestra idea de asesoramiento de la clínica a la escuela, recuperamos una relación de los tipos de asesoramientos que consideramos inadecuados (Brun, 2009), dando por sentado que estamos hablando de *asesoramientos* y no de *asesores*. En diversas situaciones y por motivos varios, un mismo asesor puede actuar de maneras diferentes. No están ausentes, entre estos motivos, las propias angustias de la persona que asesora ante las proyecciones emocionales que también recibe.

- El asesoramiento *teórico*, que explica *lo que se hace* o *lo que se tiene que hacer*. Mantiene al maestro en su estado de dependencia con relación al saber del asesor. No piensa en el niño particular del que le están hablando. No entiende su trabajo.
- El asesoramiento *omnipotente* que tiene respuesta a todo, que no favorece la capacidad negativa, no puede mostrar debilidad profesional y mantiene al maestro en su estado de dependencia con relación al saber del asesor. No entiende su trabajo.
- El asesoramiento *cómplice* (con el maestro), que se identifica con el sufrimiento del maestro, a veces contra el niño, otras contra los padres. No entiende ni al niño ni a la familia, ni tampoco promueve su comprensión.
- El asesoramiento *fiscalizador* o *culpabilizador*, que no entiende el sufrimiento del maestro y le acusa del fracaso de la evolución del niño,

identificándose con su sufrimiento. Defiende al niño frente al maestro. No entiende al maestro ni a los cuidadores.

- El asesoramiento *frívolo*, que relativiza la gravedad de la patología y del sufrimiento. No entiende la patología o no tolera el malestar que genera.

Los asesoramientos *cómplice* y *fiscalizador* son maniqueos, olvidan la dialéctica y la relación, hacen una lectura parcial y enfatizan un único polo de la cuestión. Por otro lado, en más de una ocasión los asesoramientos *teórico*, *omnipotente* y *cómplice* pueden ser considerados los mejores por parte de los asesorados, ya que no obligan a hurgar, dan pautas y movilizan en menor medida las emociones de los implicados. En pocas palabras, se trata de no caer en complicidad ni con la enfermedad, ni con el niño, ni con el educador ni con los padres y, a la vez, poder empatizar con todos los protagonistas de la situación. La aportación de la clínica a la educación tiene como principal elemento la comprensión el niño, de la relación con el docente y compañeros, de la familia. La tarea del clínico no es otra que la de ayudar a entender, a pensar, a rehacer o a crear una buena relación, a que el maestro pueda hacer lo que haría si se diera una buena comprensión y una buena relación con el niño. La buena distancia respecto a la situación (ni tan cercana como para identificarse en exceso, ni tan lejana como para no poder empatizar) ayuda al clínico a poder llevar a cabo esta tarea.

## El trabajo en red

Por último, a diferencia de la formación y el asesoramiento, procedimientos que implican una mayor jerarquización y unidireccionalidad del saber, el **trabajo en red** demanda y ofrece una complementariedad de estos saberes y un enriquecimiento común. Para conseguir esta igualdad, son necesarios unos mínimos puntos comunes y vencer las reticencias de las diferentes visiones y, a la vez, de los diferentes lenguajes (Brun, Olives y Aixandri, 2018). La mejor manera de conseguir un eficaz trabajo conjunto educación/clínica implica no perder nunca de vista el verdadero objetivo, que es el bienestar del niño y de su familia, a los que estamos atendiendo, desde la escuela y desde la clínica. Para lograrlo, debemos tender puentes de comprensión entre los diferentes personajes. Para una verdadera colaboración, hemos de poder reconocer los límites de nuestro saber, aceptar que nadie —empezando por uno mismo— tiene todo el saber y que sin el complemento del saber del otro nunca llegaremos tan lejos. A veces, este trabajo en red cuenta con detractores que se basan en argumentos cortoplacistas, en su coste en tiempo y en recursos humanos. Pero esta implicación e intensidad tan sólo redundan en una mayor comprensión y en actuaciones más eficaces, suponiendo un ahorro en salud y buen funcionamiento a medio y largo plazo. Elementos como la confidencialidad y el uso de la información que se comparte en una colaboración en red han de ser también tenidos en cuenta y respetados.

## Palabras finales

En definitiva, educación y clínica están obligadas a entenderse y a trabajar juntas, olvidando luchas estériles sobre quién sabe más que quién y quién entiende mejor al niño porque lo que es seguro es que por separado entenderán menos y ayudarán menos en la situación. Ni la clínica supone una solución mágica ni un fiscal pedante, sino otro agente terapéutico que aporta su comprensión y su distancia terapéutica. Querer trabajar separados o pensar que los diferentes aspectos del niño pueden ser parcelados y repartidos entre especialistas implica no entender la complejidad de la cuestión y se traduce en un trabajo simplificador y erróneo. Al mismo tiempo, no debemos olvidar que si nos entendemos educación y clínica aliviaremos al docente y al niño, pero también a su familia.

## Referencias Bibliográficas

- Ajuntament de Santpedor (2013). *Disseny d'actuació en la relació família-escola en el món de les NEE a l'escola ordinària*. Recuperado de:  
<http://compromesosambleducacio.diba.cat/documents/document-final-del-treball-sobre-relacions-família-escola-ordinaria-en-el-mon-de-les-nee>
- Bion, W. R. (1970). *Attention and Interpretation*. London, Tavistock Publications.
- Brun, J.M. (2001). Aspectes rellevants en l'Assessorament en l'Escola Ordinària d'Infants amb Trastorns Greus de la Personalitat. *Revista de la Associació Catalana d'Atenció Precoç*, 17-18, 7-18. Barcelona (versión en castellano en: Brun, J.M. y Villanueva, R., eds.(2004). *Niños con autismo. Experiencia y experiencias*. Ed. Promolibro, Valencia).
- Brun, J.M. (2009). Autismo en la escuela. A Riart, J. y Martorell, A. (eds.): *Retos profesionales para el psicólogo de la Educación*, publicado en edición bilingüe, catalán y castellano, por el Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya. Barcelona, pp. 23-33.
- Brun, J.M. (2014). De la idea de 'tot terapèutic' a la idea de 'tracte'. *Newsletter N° 4. Programa AGIRA: L'Escolarització dels infants amb TEA: II) Escola especial i Escolarització compartida*. Recuperado de:  
[http://capivo.cat/wp-content/uploads/2017/07/AGIRA\\_Newsletter-4.pdf](http://capivo.cat/wp-content/uploads/2017/07/AGIRA_Newsletter-4.pdf)
- Brun J.M., Aixandri, N. y Olives, S. (2017). Programa AGIRA (2007-2015): Números para una reflexión. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 63, 63-74.
- Brun, J.M., Olives, S. y Aixandri, N. (2018). Trabajo en red: la necesaria respuesta asistencial a la complejidad de los TEA. *Revista Maremagnum*, 22, 23-32 (versión en gallego) y 111-120 (versión en castellano). Santiago de Compostela.

- Corominas, J. (1994). Visió psicoanalítica de l'autisme. Conceptes bàsics. Possibilitats pedagògiques i psicoterapèutiques. En *IV Jornades Catalanes d'Autisme i Psicosis Infants*. Barcelona: Jornadas organizadas por ACTTAPI.
- Cruz, D. et al. (2014). Programa de soporte a los docentes de alumnos con TEA. *Cuadernos de Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 57, 61-68.
- Hinshelwood, R.D. (2007). Sufriendo el impacto. La psicosis y el cuidador profesional. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 9, 27-32.
- Lasa, A. (2006). Asperger vuelve. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 8, 7-10.
- Lasa, A. (2018). Sobre la inteligencia de los autistas. *Revista eipea*, 4, 8-25.
- Leal, J. (2010). Salud mental y educación: trabajar en las fronteras. *Jornades CEE Vil·la Joana. 90è aniversari*.
- Manzano, J. (1991). Los trastornos del aprendizaje: Modelos explicativos, clasificación y medidas correctoras. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil. V Congreso Nacional. "Los trastornos de aprendizaje"*.
- Manzano, J. (2009). Entrevista al Dr. Juan Manzano Garrido. *Revista de la Associació Catalana d'Atenció Precoç*, 30, 153-158. Barcelona.
- Pedreira, J.L. (2020). Quizás la primera autora que describió el autismo infantil y, sobre todo, el denominado Síndrome de Asperger. *Revista eipea*, 8, 38-41.
- Salom-Echeverría (2003). Propuesta para una ampliación del concepto de clínica. *Acta Médica Costarricense*, vol.45 n.2. San José.
- Viloca, Ll. (2017). Cuarenta años de trabajo con autismo en Catalunya. *Revista eipea*, 3, 8-13.

**Notas:**

[1]Con participación de escuelas ordinarias y especial, EAP, CDIAP y CSMIJ de la zona.

[2]De cara a facilitar una lectura más ágil, utilizaremos los genéricos masculino niño, clínico y educador, dando por supuesto que estamos hablando de niñas y niños, clínicas y clínicos y educadoras y educadores.

**Correspondencia con el autor:** Josep M<sup>a</sup> Brun. E-mail : [brunjosepm@gmail.com](mailto:brunjosepm@gmail.com)