

CON-FORMACIÓN Y DIS-POSICIÓN. EQUIPO Y FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES*

M.^a Dolores Ortega García y Luis León Allué*****

INTRODUCCIÓN

Este trabajo que trataremos de presentar, nos ha supuesto una serie de reflexiones necesarias e ineludibles a la hora de plantear la organización y los objetivos terapéuticos en un dispositivo asistencial como Hospital de Día.

Forma y contenidos, formación y disposición, pilares fundamentales en esta construcción terapéutica, sin duda de las más intensas e intensivas, resultan inestables ante la escasez bibliográfica y falta de definición y consenso.

El momento actual nos parece especialmente significativo e importante dada la aprobación del Ministerio de Sanidad y Consumo del reconocimiento de la subespecialidad clínica de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Fuera o no éste el motivo del traspaso de la cartera ministerial a las 24 horas sucesivas de su anuncio, nos llena de expectación y esperanza el cómo se implantará y desarrollará en nuestro país. Esta ardua espera, dota si cabe aún más de la necesidad e importancia que, para nosotros tiene que estas jornadas se realicen en este preciso

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

** Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital La Mancha Centro.

*** Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital La Mancha Centro.

momento de cambio (que conste que esta exactitud temporal no estaba planeada y el cese ministerial escapa a nuestra responsabilidad).

Esto abre un interrogante a la comunidad psiquiátrica y de la Salud Mental, en general, de respuesta (pensamos) obligada. Vamos a tratar de ofrecer una de esas posibles respuestas, si no la mejor, la que consideramos más adecuada a la hora de abordar la problemática específica y el abordaje terapéutico de estos chicos, con estos chicos y para estos chicos.

Para ello (y para ellos) hemos titulado esta ponencia “**CON-FORMACIÓN Y DIS-POSICIÓN**”, ya que consideramos que la particularidad de la demanda que estos chicos plantean sólo puede ofrecerse con una respuesta particular:

Con-formación, este juego de palabras no gratuito por nuestra parte, pretende articular diferentes conceptos y propuestas. La formación con-junta, esto es, el aporte que cada uno ofrece al equipo terapéutico debe integrarse con las aportaciones de los otros, configurándose así una línea homogénea y común a cada uno y todos de los profesionales, línea directriz de la orientación terapéutica para el tratamiento de estos chicos de tal modo que esto suponga que el todo sea mayor que las suma de sus partes.

En estas edades y, dadas las características de los chicos que son atendidos en estos dispositivos, no podemos obviar la *formación* (es decir, el proceso de modelado) y desarrollo de aspectos del Yo, la personalidad, los mecanismos de defensa..., del sujeto en definitiva. Sujeto que tendrá la posibilidad de jugar sus cartas en el campo del deseo y en la relación con el otro. Consideramos que desde este concepto de con-formación, se realiza un llamado al Otro, es decir, la posibilidad de establecer un lazo social.

Orientación terapéutica y sus efectos van de la mano, conformando una unidad. Semilla y fruto de una dis-posición dentro del marco terapéutico.

(Pasamos así a elaborar el segundo concepto que titula nuestra mesa)

Dis-posición. Uno de los objetivos de estas jornadas, a nuestro entender, es dar cuenta de un modelo determinado de

orientación en la práctica clínica, diferente a otros modelos hoy en día bastante en boga, como son:

- enfoque de rehabilitación clásico (que incluye terapia psicomotora, terapia logopédica, el método Delacato, el enfoque etológico, la teoría de la mente, la intervención comportamental precoz de Lovaas y el método ABBA, el método TEACCH y la comunicación facilitada);
- enfoque emotivo-relacional (el modelo sistémico y la terapia familiar, la musicoterapia, el holding y el método etodinámico AERC, la terapia asistida a través de animales);
- Además, de otras terapias psicoanalíticas clásicas.

Frente a todo esto, proponemos un modelo de orientación dinámica (con base psicoanalítica) que junto a lo dicho en el primer punto, adopta una posición radicalmente diferente en relación a los otros modelos, es decir, se dis-positiona. Esto, tiene sus efectos: en primer lugar sobre la institución; en segundo lugar, sobre los terapeutas y por último, también tiene sus efectos sobre el niño.

Efectos sobre la institución: Pensamos que no es posible abordar el tratamiento del niño obviando su relación con el otro, otro que resulta, en este caso particular, encarnado en la institución. Por tanto, pensamos que la propia institución debe posicionarse de una determinada manera que permita, por un lado, el establecimiento de una serie de proyecciones e identificaciones útiles para el niño y el adolescente a la hora de crear su propia identidad; otro pacífico, no impositivo, nada caprichoso, “regulado”, esto es, sometido ambos, niños e institución, a las mismas normas y dictámenes; y por otro lado, que dicha posición institucional sea lo suficientemente neutra para que las vivencias del niño no se tornen persecutorias, amenazantes, invasivas o inquietantemente eróticas.

Esto sólo es posible, desde nuestro planteamiento, si ningún *terapeuta* (psiquiatra, psicólogo, auxiliar, enfermera...) se siente en posición de ocupar un lugar significativo de Ley para el *niño*, sometiéndolo a los caprichos de su propio deseo. Por tanto, los diferentes profesionales deberían conformar un trabajo grupal que sirva de soporte único y constante al niño y a la propia institución, es decir, que la línea que orienta nuestra

posición terapéutica con respecto al niño debe ser homogénea, debiendo nosotros también someternos a las mismas normas y dictámenes que el niño y la institución, independientemente del espacio terapéutico en el que se lleve a cabo el modelado del sujeto, como veremos más adelante.

1. HOSPITAL DE DÍA / CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

- Definición
- Objetivos

2. EQUIPO

- ¿Qué se entiende por equipo?
- ¿Quién lo forma?

3. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES:

- Descripción de actividades terapéuticas (psicodrama, terapia de grupo, terapia de juego y/o simbolización, dibujo, elaboración y resolución de conflictos mediante expresión verbal, habilidades sociales, psicomotricidad..., apoyo externo a nivel escolar y logopédico) incluyendo trabajo grupal e individual tanto de pacientes como de las familias de los mismos, así como la coordinación con los centros escolares.
- Formación del equipo
 - Formación dinámica.
 - Formación específica.
 - Formación personal y grupal (supervisión).

Atendiendo a la definición de la RAE, *equipo* se define como “grupo de personas organizado para una investigación o servicio determinado” y *trabajo en equipo* como aquel que se realiza “coordinadamente entre varios”. Esta última definición será el objetivo primordial de nuestra ponencia.

Consideramos que la formación dinámica permite un discurso complementario a la labor educativa ya llevada a cabo en la familia y en los centros escolares.

La orientación dinámica nos acerca al mundo psíquico del niño abordándose aspectos emocionales, relacionales, familiares... que determinan, en gran medida, su organización psíquica, y los modos de relación consigo mismo y con su entorno (relaciones intra e intersubjetivas), lo que abarca todo aquello que permite el surgimiento de la propia identidad, de los afectos y su modulación, la instauración de los mecanismos defensivos y de afrontamiento que caracterizarán al sujeto-niño y los patrones de interacción que marcarán su modo de acercamiento al mundo.

El objetivo sería, por tanto, ofrecer una “experiencia emocional correctora” que permita al niño/adolescente modificar la estructura psíquica que determina su psicopatología y que motiva sus características comportamentales.

Para poder aplicar esta orientación es necesario llevar a cabo una formación dinámica, cuyas bases no están regladas ni reguladas en nuestra geografía en el momento actual. Es necesario establecer, ante una nueva subespecialidad puesta casi en marcha, un programa formativo que subsane las carencias existentes en cuanto a formación y reconocimiento de esta especialidad clínica, debe hacerse especial hincapié en las experiencias formativas en el contexto de Hospital de Día, mediante la observación y participación en las actividades terapéuticas, reuniones de coordinación y evaluación, así como en una adecuada supervisión por personal suficientemente experimentado, que, en nuestra opinión debería ser alguien que no forme parte de dicho dispositivo en concreto. Mientras tanto, dicha formación corre a cargo del interés y la economía individual, por lo que motivación y formación quedan supeditadas a un circuito externo cuya vinculación a la red asistencial pende, en gran parte, de la economía particular.

FORMACIÓN ESPECÍFICA Y PROFESIONALES

• Profesionales

Los recursos humanos que constituyen cada Hospital de Día están sujetos, en el momento actual en nuestro país, a

diferentes variaciones de unos dispositivos a otros. Estas jornadas constituyen, sin duda, una posibilidad para unificar criterios en cuanto a la organización. Consideramos de vital importancia que los profesionales del Hospital de Día trabajen en equipo, operando de manera multi e interdisciplinaria, para atender las diversas necesidades de los pacientes. La disponibilidad de profesionales integrantes del equipo estaría en función de las demandas asistenciales y de las posibilidades particulares de cada hospital, tal y como ha quedado ya expuesto en la primera mesa del día de ayer, que trataba los diferentes modelos de Hospital de Día I-J. Psiquiatra de niños y adolescentes, psicólogo clínico, logopeda (en el grupo de los pequeños), psicomotricista (pudiendo ser asumida esta función por otro miembro del equipo con formación específica), personal de enfermería y auxiliares clínicos con formación específica, trabajador social, terapeuta ocupacional, maestro con formación en pedagogía terapéutica... precisan de una formación terapéutica profesional y personal que facilite la coordinación entre los componentes del equipo y en consecuencia, se logre una optimización terapéutica para nuestros pacientes.

ESPECIALISTAS CLÍNICOS: PSIQUIATRA Y PSICÓLOGO INFANTO-JUVENILES

Para poder trabajar como psiquiatra/psicólogo en Hospital de Día consideramos imprescindible una formación en las siguientes áreas:

- Psicología del desarrollo.
- Desarrollo psíquico normal y patológico de la infancia y de la adolescencia.
- Relaciones familiares y entorno social (situaciones de riesgo).
- Psicopatología de la infancia y adolescencia.
- Conocimientos de las patologías pediátricas y sus implicaciones psíquicas.
- Evaluación y psicodiagnóstico clínico, y además, conocimiento de los distintos sistemas de clasificación, epidemiología e investigación.

- Tratamientos psicoterapéuticos.
- Psicofarmacología (área médica).
- Trabajo en equipo y trabajo comunitario (lo que incluye las labores de coordinación con Educación, Servicios Sociales y Justicia) así como el conocimiento de otros dispositivos asistenciales de la Comunidad.
- Aplicación de pruebas y tests psicológicos.
- Formación en psicoterapia.

Enfermería

- Especialidad de Salud Mental y formación complementaria en el trabajo con niños adolescentes.
- Conocimiento y experiencia en el funcionamiento de Hospital de Día I-J.

Auxiliares clínicos

- Formación en Salud Mental I-J, así como conocimiento y experiencia en el funcionamiento de Hospital de Día I-J.

De forma común a los profesionales mencionados hasta el momento, consideramos imprescindible la formación en aspectos complementarios y específicos tales como:

Técnicas y dinámicas grupales en niños/adolescentes y padres abarcando aspectos psicoeducativos y psicoterapéuticos (simbolización, psicodrama, talleres de lectura, escritura y/o literarios, psicomotricidad grupal, juego libre, etc.).

Existen otras modalidades terapéuticas tales como musicoterapia, arteterapia, e incluso psicodrama que pueden ser realizados por personal no adscrito al equipo pero con formación reglada en las mismas.

Trabajador social

Su formación debe estar especializada en el conocimiento de aspectos infanto-juveniles, para la atención de estos pacientes y sus familias. También es necesario el conocimiento de la legislación vigente así como de dispositivos asistenciales adecuados a las características psicopatológicas de estas edades, además de reforzar la coordinación e intercambio de información con los centros educativos.

Psicomotricista

Junto a los conocimientos de su formación académica, debe tener conocimientos básicos en Salud Mental I-J, dada las peculiaridades así como las necesidades específicas de estos pacientes.

Esta función puede ser asumida por otro miembro del equipo con formación específica.

Terapeuta ocupacional

Conocimiento de aspectos básicos del desarrollo normal y patológico I-J, para poder ofertar actividades acordes a las necesidades e intereses de los niños.

Maestro con formación en pedagogía terapéutica

Consideramos que esta formación es imprescindible para que el maestro pueda desarrollar su función atendiendo a las necesidades y carencias presentes en el ámbito educativo de estos niños.

Logopeda

Sus funciones son de especial interés en el primer grupo de edad (edades tempranas). Su labor debe complementarse con conocimientos básicos del funcionamiento normal y patológico del niño. Al igual que en el caso del maestro, es importante transmitir a los niños las posibles aplicaciones prácticas de los conocimientos que están adquiriendo, logrando así un mayor interés y participación y promoviendo la aplicación y generalización de estos conocimientos a la vida cotidiana.

- La **formación específica** debe incluir los aspectos necesarios que permitan realizar las diversas y variadas actividades terapéuticas dentro de cada uno de los Hospitales de Día.

Actividades que colorearán el horario teniendo en cuenta las necesidades y el deseo de nuestros pacientes, así como las inquietudes personales de los diferentes colaboradores terapéuticos del equipo desde las cuales se aporten propuestas que despierten el interés del niño. Es decir, por un lado se

busca promocionar aquellos recursos que serán de mayor utilidad en el modelado de los chicos, (psicomotricidad, terapia corporal, musicoterapia, arteterapia) y por otro, elegir el personal adecuado por sus cualidades, ya no sólo formativas, sino personales para llevarlos a cabo. De nada servirá un terapeuta psicodramatista que, a pesar de una extraordinaria formación, presente dificultades en la realización de dicha actividad o introducir dicha terapia en grupos de pacientes con importantes resistencias o características psicopatológicas no abordables desde la misma. La demanda y el deseo se van alternando entretejiendo un entramado dúctil, flexible a la par que consistente favoreciendo la continuidad del trabajo terapéutico y aportando seguridad relacional a largo plazo. El terapeuta y el paciente con-forman así la unidad buscada.

Se favorece por tanto la emergencia del deseo del niño además de facilitarle que pueda interesarse en las propuestas que el terapeuta realiza en base a su deseo personal, no siendo el deseo del terapeuta caprichoso o arbitrario sino un complemento de la oferta terapéutica. Esto le daría la oportunidad al niño de posicionarse como sujeto ante el deseo del otro, permitiéndole un margen de elección y otorgándole un lugar que no un sitio.

Representando cada uno su papel, la escena precisa de una supervisión, pues como en toda obra que se precie, la gran dis-posición y coordinación entre sus componentes, puede hacer presente alguno de los múltiples enemigos que distorsionen nuestra labor (agotamiento, frustración, hastío...). Es un escenario flexible pero no por ello dirigido por el azar. Cada uno de los terapeutas debe a su vez poner en conocimiento de los demás el desarrollo de las escenas, ya sea mediante reuniones periódicas establecidas en las que se expresen dudas, limitaciones, angustias...; supervisiones regladas (tanto a nivel individual como grupal), así como el trabajo terapéutico personal de los facultativos para evitar interferencias subjetivas. Junto a esto es necesario, la actualización de los conocimientos adquiridos. Y la motivación, promovida por qué no a nivel institucional.

4. CON-FORMACIÓN Y DIS-POSICIÓN

Todo lo dicho hasta ahora cobra su sentido si tenemos en cuenta, a la hora de su aplicación práctica, las características de los niños y adolescentes que tratamos en los Hospitales de Día y Centros Educativos Terapéuticos. Se trata, hagamos memoria, de niños con patología mental grave: psicosis y autismos, trastornos graves de la personalidad, chavales con unas dinámicas psico-sociales francamente desestructuradas que les dificultan una adecuada y armoniosa organización de su aparato psíquico y que, en consecuencia, van a presentar unos modos de interrelación con el entorno y consigo mismos francamente desadaptativos y generadores de sufrimiento. Winnicott decía que, cuando vemos a un niño, vemos junto con él a su madre, aunque ésta no esté presente en ese momento. Teniendo esto en cuenta, resulta de capital importancia, como se ha señalado, realizar un trabajo integrador con el niño y su familia (no perdamos de vista que la familia debe ser acompañada también en este caminar, porque van a encontrar cambios en el chico que no siempre resultan fáciles de asimilar en un primer momento).

Por otro lado, y teniendo en cuenta las características de los niños a tratar, no debemos perder de vista que estos dispositivos terapéuticos, en mayor o menor medida, reproducen para el niño la sociedad donde le está costando integrarse, donde no acaba de encontrar su lugar, niños que no encuentran “su lugar en el mundo” (¿recuerdan la película?) o, al menos, no pueden encontrar más que un sitio en la sociedad cargado de rechazo, persecución, perjuicio, tiranía, confrontación a su narcisismo (tan elevado y por ello tan frágil, tan en riesgo de caer a abisales profundidades, desmoronándose con él todo su aparato psíquico), una relación con el Otro de corte invasivo, caprichoso, autoritario, desafiante... vivencias generalizadas en los trastornos psicóticos y en la patología mental grave en general. El niño, en su transferencia con la institución misma, deposita y reproduce estos patrones si no sabemos facilitarle que nos coloque en lugares más neutrales y pacificadores en la transferencia: si no tiene lugar un efecto de pacificación, cualquier maniobra, terapéutica o no, va a ser vivida

por el niño o el adolescente como impositiva y va a generarle un monto de angustia ante el que va a desplegar defensas primitivas donde priman las cargas persecutorias.

Por tanto, para empezar con buen pie, debemos tratar de tener muy presentes estas características y dificultades del niño a tratar a la hora de organizar las labores terapéuticas y los planteamientos esenciales que la institución ofrece a estos chicos. De este modo, hemos de intentar ocupar, cada uno de los profesionales en primer lugar, pero también la institución, un lugar inicialmente pacificador. Y todo esto debe estar interconectado, según nuestro punto de vista, de la manera que vamos a exponer a continuación, para poder dar una respuesta adecuada a las necesidades y las demandas de cada chico en particular.

En primer lugar, debemos tener en cuenta el caso por caso: si algo distingue a la orientación psicoanalítica de las demás orientaciones, es precisamente la consideración de cada demanda como particular, rescatando lo que de genuino y personal (que no intransferible, porque todo esto se reactualiza en la transferencia, como veníamos diciendo previamente) de cada individuo. Una escucha particular para cada demanda particular, una atención que no olvide nunca lo especial del “caso por caso”, y que permita y facilite al niño encontrar sus propias respuestas ante la demanda del Otro social, tan inquietante para él las más de las veces.

Comenzaríamos, pues, con un tratamiento de la relación con el Otro a partir de la institución. Sin despreciar las jerarquías internas, necesarias para el buen funcionamiento entre los diferentes profesionales, al niño debe ofrecérsele una institución “regulada”. Con regulado queremos decir que debe también someterse a la ley simbólica, pero sin llegar nunca a encarnarla, ni a nivel de la institución, ni a través de alguno de sus miembros. En lenguaje comprensible para el niño, la institución también tiene “unos jefes” por encima de ella que la regulan y organizan, y cuyos dictámenes ésta debe acatar (aunque estos jefes ocupen un lugar puramente imaginario para el niño): permitimos así al niño conciliarse con el complejo de castración repudiado en el Edipo, mediante el establecimiento de identificaciones

imaginarias con la institución y con los propios terapeutas. Para el terapeuta se aplicarían los mismos principios, teniendo que mostrarse también éste “regulado” por la ley simbólica; una respuesta que se considera válida en otros enfoques diferentes al psicoanalítico consistiría en la “educación” del infante, forzándolo a doblarse a ciertas normas que, en función de la situación concreta que se plantee, éste puede vivenciar como antojadizas e invasivas. El enfoque psicoanalítico oferta, por el contrario, una respuesta conveniente y aceptada por todos nosotros, el terapeuta el primero, de modo que éste también puede ser sancionado si se sale del marco establecido.

Lo que además supone una ventaja clara a la hora de afrontar situaciones que no han podido ser previstas de antemano, lo que no es, por cierto, nada infrecuente en la convivencia con estos niños. ¿Qué hacer cuando el niño o el adolescente expresan un deseo que, en ese momento, deja al terapeuta sin posibilidad de dar una respuesta adecuada? Desde nuestro punto de vista, sólo hay una respuesta posible, que consiste en mostrarnos en falta, esto es, reconocer nuestra dificultad para dar una respuesta concreta (esto es, hacerle ver al niño estamos bajo el complejo de castración y, por tanto, sometidos a la ley simbólica), y ofrecer una alternativa donde pretendemos favorecer que aparezca la subjetividad del chico, subjetividad demasiado ausente por lo general, al menos al inicio del tratamiento. ¿Cómo llevamos a cabo esto? Ofrecemos al chico una salida posible (sin cerrar con ello su posibilidad de invención, de creación de una salida sintomática diferente), y le invitamos a que él mismo (con nuestra ayuda, si es preciso), realice una demanda (que ya de por sí implica un llamado al Otro), una demanda concreta que va a ser respondida por esos “jefes” (imaginarios para él, pero también existentes sin ser encarnados por nadie ante el niño) de forma personalizada al propio niño. Por ejemplo, se puede hacer una carta donde el niño pide algo, garantizándosele que va a recibir otra carta como respuesta, estableciéndose un medio de comunicación simbólico donde la subjetividad del niño y su demanda alcanzan un primer plano.

Volviendo al título de nuestra ponencia, de este modo nos dis-posicionamos de ciertos lugares que conviene no encarnar,

apaciguando al chico, favoreciendo la mentalización y la estructuración de la dinámica temporal mediante la existencia de un espacio solicitud-respuesta que el niño aprende a tolerar, favoreciendo el establecimiento de los tiempos y los lapsos de espera que sí van a obtener una respuesta concreta, lo que evita que el muchacho o la muchacha se vean en riesgo de caer del otro o ser tiranizados por éste y precipitarse en el vacío y la angustia psicóticas.

Hablábamos de la dificultad que se nos plantea, en la práctica diaria, a la hora de responder a determinadas demandas o situaciones que surgen de improviso. No olvidemos que no debemos posicionarnos en un lugar de ostentación del saber, lo que quedaría sintetizado en la frase “hay que saber *no* saber”, esto es, debemos poder soportar las preguntas que la práctica clínica nos suscita y sacar de ellas un provecho que redunde en el trabajo terapéutico con los niños. Otra puede ser la respuesta que se ofrece ante las exoactuaciones auto o heteroagresivas: ante una agresión, no podemos ofrecer nuestra mirada cómplice sin hacer nada, lo que puede dar lugar a interpretaciones en la línea del deleite ante el paso al acto. Pero, precisamente, para no prestar una mirada cómplice, en ocasiones es mejor no prestar la mirada. Pensemos en lo importante que es para cualquier niño la delimitación de un espacio propio, lo que suele llevarse a cabo en las escuelas mediante el desafío al otro y la defensa ante éste; en la psicosis infantil, con más razón, esto adquiere capital importancia, pues se sienten tan invadidos (por ejemplo, ante la entrada de un nuevo miembro al grupo) y ven peligrar tanto su lugar, que entrarán en esas dinámicas. Nosotros podemos, en una primera instancia, explicar a los niños que estamos en un marco donde no se permiten las agresiones de los unos hacia los otros o hacia uno mismo, ni hacia el mobiliario y las instalaciones; dejando esto claro, ante un rifi-rafe entre dos chicos, podemos constatar que en muchas ocasiones el retirar la mirada puede conllevar un efecto de pacificación para los chicos, extinguiéndose por sí misma la trifulca que se estaba desplegando. Si no, ofrecemos espacios de contención donde es importante que inter vengan las figuras de apego que estos niños eligen (invistiendo a uno u otro terapeuta en concreto, estableciendo de este modo

un vínculo especial, lo que de por sí tiene efectos terapéuticos), y donde se debe recordar el marco de respeto, respeto que garantiza también la seguridad del propio niño en su relación con el otro. Para esto, además, conviene respetar los momentos del chico, y hacerle presente estos acuerdos de convivencia cuando el niño esté receptivo y calmado, con el efecto adicional de registrar el suceso acontecido.

Ante esta dificultad que las situaciones conflictivas que surgen de improviso nos plantean, y para favorecer la conformación de los equipos terapéuticos, es completamente imprescindible, a nuestro modo de ver, realizar una puesta en común de lo que ha sucedido en el día con cada chico, y esta puesta en común debe realizarse entre todos los integrantes del equipo terapéutico. Se trata de un espacio que permite la puesta en común de dudas, dificultades, interrogantes, angustias y frustraciones de cada terapeuta, con el objetivo de analizar lo que está sucediendo, y de tratar asimismo de ofrecer una respuesta concreta beneficiosa para el niño, no solamente para los terapeutas, así como una orientación general, que pase por la comprensión de las dificultades que cada chico en particular presenta en la relación con los demás. Porque, no es un descubrimiento para nadie de los presentes, estas situaciones a veces nos angustian, nos llenan de dudas, y nos pueden incitar en ocasiones a actuar de forma no meditada y, por tanto, poco terapéutica en ocasiones. Recordemos el juramento hipocrático: *primun, non nocere*.

Esto debe complementarse con la supervisión con alguien, a ser posible, externo al equipo, que pueda tener la distancia suficiente para realizar una observación descargada de tintes emocionales y más ajustada a la realidad de la situación planteada.

Consideramos entonces la relación del niño con cada terapeuta, de los terapeutas con los niños, de los niños entre sí, de los terapeutas entre sí, de cada uno de nosotros y de los niños con la institución... combinaciones de elementos tomadas de dos en dos y de tres en tres, lo que eleva las dificultades a cotas que no pueden ser respondidas desde la soledad del terapeuta ni desde los protocolos de actuación (no olvidemos

el caso por caso), situaciones que, siendo abordadas entre todos, evitan emergencias narcisistas por parte de los terapeutas y que suelen conllevar, las más de las veces, efectos deletéreos. Frente a esto, por tanto, preconizamos, como veníamos diciendo, la “práctica entre varios”.

Tratamos, no lo olvidemos, de facilitar y favorecer la reinserción del niño en la sociedad en unos términos más adaptativos y adaptados, sin por ello forzarlos a perder su singularidad personal y lo genuino de su propio deseo, cuya aparición (de este deseo singular) tratamos de fomentar. Un esquema terapéutico que convierta a los niños en perfectos obedientes que cumplan todas y cada una de las expectativas del otro sin permitir su puesta en cuestión, sólo es posible aniquilando al sujeto y su deseo (recordemos la película “la naranja mecánica”), y para nosotros no sólo no resulta válido, sino que es un esquema a evitar. No existen tratamientos estándar por la sencilla razón de que no existen los sujetos estándar, los niños estándar, ni tan siquiera si el niño es colocado en el lugar de objeto.

Qué efectos tiene todo esto sobre el niño es el motor de todo este planteamiento, y vamos a analizarlos rápidamente para concluir:

Hablábamos en la introducción de la con-formación del sujeto en cuanto a modelado (referido a la forma, y no a un modelo predefinido) y, teniendo en cuenta estas aportaciones del psicoanálisis, de la aplicación de la teoría psicoanalítica y la comprensión que ésta nos brinda del sujeto y su aplicación a la propia institución; y matizando que el trato del niño con los terapeutas y la institución es la antesala de la inclusión en sociedad, de la emergencia del deseo del niño de establecer un lazo social, tratamos de obtener unos resultados basados en una relación posible con un Otro no invasivo, ni caprichoso, ni perseguidor, ni tiránico, sino un Otro sometido a lo simbólico, a la ley paterna, con capacidad de permitir que los chicos inventen un lugar donde ser y donde estar con el Otro, que no un sitio donde subsistir ante ese Otro. Se favorecen mecanismos de defensa más adaptativos y generadores de menor angustia pero, sobre todo, la emergencia de una subjetividad que

les pertenece a ellos y un deseo propio donde poder significarse y con el que pueden recomenzar sus andanzas en la vida; vida que cobrará un sentido diferente al que tenía cuando llegaron, desde un lugar distinto, y abierta a nuevas posibilidades que ellos tienen la responsabilidad de establecer y el derecho a luchar por ellas.

Se trata el Hospital de Día, pues, de un lugar de escucha, de un lugar que favorece la emergencia de la demanda subjetiva, y no de un sitio, no de un espacio físico. Si permitimos que los niños consigan encontrar y mantener esto, si les acompañamos mientras encuentran o inventan sus propias respuestas, habremos permitido que los niños hagan algo fundamental con sus vidas. Si no es así, si los adoctrinamos y entrenamos, las fallas van a reaparecer y nuestra labor no tendrá efectos para estos chicos. Y, desde luego, tampoco puede tener entonces sentido para nosotros, con lo que nos deberíamos plantear no continuar.

Muchas Gracias.

