

FUNCIÓN TERAPÉUTICA DEL HOSPITAL DE DÍA PARA ADOLESCENTES*

Asunción Soriano Sala**

El trabajo de muchos psicoanalistas en la asistencia pública ha implicado una apertura a la población general, nos llegan pacientes con una demanda psicopatológica muy diversa y, también, con una presión asistencial que no permite realizar lo que sería el psicoanálisis estándar; sin embargo, lejos de ser un inconveniente, esta realidad ha abierto puertas para ver como la herramienta “psicoanalítica” puede interaccionar con otras disciplinas y crear sinergias de trabajo más efectivo. En este momento, por tanto, habría que hablar de “técnicas psicoanalíticas diversas” que con la introducción de modificaciones permite atender a un mayor número y tipo de pacientes (Clusa J. 1997). El tratamiento de adolescentes en el hospital de día desde un enfoque psicoanalítico es un ejemplo de ello.

La experiencia clínica, a largo de los 7 años de funcionamiento del hospital de día para adolescentes y en el que atendemos a pacientes con psicopatología grave, nos ha obligado a afinar nuestra intervención terapéutica y la sinergia entre las diferentes disciplinas que actúan simultáneamente.

Nuestros pacientes son chicos y chicas que transitan hacia la adolescencia cargando con grandes dificultades personales y de su entorno. Normalmente han perdido la vinculación con

* 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, Psicoanalista. Coordinadora del Hospital de Día para Adolescentes. Fundación Sant Pere Claver. Barcelona.

la escuela, la problemática familiar y social es marcada y la relación con los pares es inexistente o muy distorsionada.

Todo ello nos lleva a afirmar que no es cierta la utopía inicial de que en los hospitales de día atenderíamos adolescentes en una situación de crisis, pudiendo hacer una intervención rápida y darles de alta. Esto es realmente excepcional, la mayoría de los casos son pacientes con una evolución patológica desde la infancia, con situaciones familiares graves (80 % de padres presentan patología mental) y con poca o nula vinculación con el sistema educativo. Son pacientes con una evolución psicológica muy frágil, que los cambios puberales, el inicio de la adolescencia junto con la entrada en la ESO, rompen un equilibrio que ya venía siendo precario.

En el hospital de día se crea un espacio de convivencia terapéutica en el que la primera función es la observación, que permite la clarificación diagnóstica mucho más afinada que la obtenida en la consulta ambulatoria. A partir de esta premisa se empieza a organizar el proceso terapéutico en el que la contención y la función de *revêrie* serán elementos claves.

La situación de ruptura en la, generalmente, llega el paciente al hospital de día, hace imprescindible una actuación terapéutica compleja. Debido a la interdisciplinariedad del equipo, el adolescente tiene la oportunidad de ser atendido en todas las áreas que son básicas en su vida, a la vez que se interviene en su entorno a través de la familia, la escuela, servicios sociales, EAIAS, justicia.

Cuando la afectación externa es importante, por actuaciones de riesgo, problemáticas muy externalizadas, en la escuela, en la familia o, incluso, en el ámbito judicial, es necesario valorar la propuesta terapéutica de forma amplia y plantearnos como iniciar nuestra intervención para que sea lo más ágil y útil con el fin de evitar riesgos o encallamientos evolutivos.

Las combinaciones son todas posibles: terapia individual, terapia familiar, intervenciones sociales, educativas, medicación. Normalmente se trata de casos que por la múltiple afectación intervienen diferentes profesionales, dentro del propio centro o de fuera, lo que implica un importante esfuerzo de

coordinación para que los diferentes recursos actúen como una red coherente en beneficio del paciente.

Aunque la estrategia terapéutica sea múltiple, hemos de partir de un conocimiento profundo de la situación interna y externa del paciente ya que la mejoría tendrá que ver con haber incidido en lo más nuclear de sus carencias, distorsiones o fallas evolutivas. Tendremos que prestar mucha atención a la crianza y a su relación real e internalizada con las figuras parentales. Esa comprensión profunda, será la que orientará todo el camino a recorrer y la estrategia del caso.

Detectar el núcleo principal o más accesible ha de servir de guía ya que en situaciones tan complejas, y a menudo con biografías muy traumáticas, saber escoger el punto de partida de nuestra intervención y el enfoque psicoterapéutico más eficaz, evita perderse en los mil y un detalles del caso (Torras E. 1996). Esto implica actuar con precaución, con capacidad crítica, por tanto, dispuestos a rectificar, retroceder y modificar el abordaje cuando sea necesario.

Esta guía ha de ser real y significativa, para que favorezca procesos de cambio psíquico. Ha de ser cercana a las necesidades del paciente, ya que nosotros hemos de hacer el esfuerzo de formularle lo que creemos que le ocurre y hacia donde dirigiremos el tratamiento, tratando de establecer una alianza terapéutica con las partes más adultas y capaces de entender y colaborar en el proceso.

Todos los chicos y chicas ingresadas tienen un terapeuta (psiquiatra o psicólogo) y un educador de referencia, ambos formarán una unidad funcional. En nuestro dispositivo tratamos que todos los pacientes tengan una sesión de psicoterapia semanal con el terapeuta de referencia. En los casos con muchas dificultades de mentalización, nos hemos planteado que cuando la psicoterapia en el sentido más estricto es difícil de alcanzar, hay que buscar otro tipo de recursos en los que de ningún modo se renuncia a la función psicoterapéutica. Estos harán de plataforma preparatoria y les abrirá paso a la mejoría psíquica en primer lugar pero, también, a poder seguir más adelante con una psicoterapia más reglada.

Algunos pacientes no han adquirido aún una capacidad de observación interna, se mantienen muchos aspectos infantiles y solamente actúan, externalizan su patología por lo que “ellos no tienen nada que pensar, hablar, cambiar”. El setting psicoterapéutico puede resultar estéril o claustrofóbico, impidiendo el aprovechamiento del recurso en otro momento en el que el paciente esté más preparado. Al cambiar a otros tipos de escenarios terapéuticos, la problemática puede hacerse más patente para el propio paciente y para el terapeuta, de forma que sean más resolutivos. También hemos observado que recursos aparentemente no psicoterapéuticos, actúan como elementos transicionales y pueden resultar facilitadores en pacientes con bajo nivel de mentalización y verbalización.

En ese sentido, en el hospital de día observamos como la relación que alguno de estos chicos establece con su educador actúa como agente de cambio psíquico. El estrecho acompañamiento que tienen los educadores con pacientes muy fóbicos o muy simbióticos o muy esquizoides es imprescindible, en un inicio para generar algún vínculo de confianza y de esperanza que abra las puertas al proceso terapéutico.

También recogemos esta experiencia de cambio a través de los talleres, el dibujo, el barro, mascotas o juegos cooperativos. La enfermera se ocupa de los aspectos más ligados al cuerpo, la administración de fármacos y la atención a los efectos secundarios, pero tiene un especial función educativa en la que colabora estrechamente con los educadores sociales y en el contacto más directo y cotidiano con los pacientes.

Mediante el convenio entre sanidad y educación contamos con la colaboración de una docente que trata de integrar la experiencia escolar anterior a través del contacto con las escuelas a las que acudía el paciente antes del ingreso. Hemos podido observar como se modifica la relación con la escolaridad vivida a través del aula del hospital de día que participa de los objetivos terapéuticos globales. Este aspecto es de gran importancia ya que uno de los objetivos que nos marcamos como equipo es que el paciente recupere o retome algún tipo de alternativa educativa y es un trabajo que junto con la estabilización clínica forma parte de la preparación del alta.

La trabajadora social, facilita el enlace del paciente con el medio y apunala en lo posible la incorporación laboral o pre-laboral, en aquellos casos que por la edad y los intereses del paciente la opción educativa ya no es factible. Interviene además en las problemáticas familiares que son imprescindibles de atender para que el adolescente evolucione.

Es necesaria una evaluación profunda para decidir los recursos a utilizar en cada caso. El trabajo en equipo y la supervisión son importantes, ya que de ninguna manera han de ser pruebas improvisadas, sino valoraciones razonadas adaptando nuestra técnica a las necesidades del paciente (Alanen, 1997, 2003).

Consideramos equipo terapéutico a todas las personas que en el hospital de día interaccionan con los adolescentes y que en la medida de la responsabilidad diferenciada de su función han de dar respuestas de salud. La especificidad de funciones de cada uno de los miembros del equipo revierte en un punto común y es que entre todos tratamos de dar al paciente un marco de convivencia terapéutica. Hay que tener en cuenta que el paciente repite en la relación con todos los profesionales del hospital de día muchas de las actitudes que son causa y efecto de su problemática, y esto es una buena oportunidad (García Badaraco, 1990). Aunque el chico o chica no estén receptivos a entender a partir de una interpretación, la respuesta diferente que recibe del equipo, tiene el efecto de la función de *revêrie* descrita por Bion y actúa como una experiencia emocional correctiva (Alexander y French, 1946).

Esta respuesta tratamos de darla con la máxima coherencia, pero tenemos que reconocer que esto es extremadamente difícil. A menudo la propia conflictiva del paciente y la repetición de ésta con los miembros del equipo, las salidas de la normativa, las vivencias de confusión, las actuaciones auto o heteroagresivas llevan a situaciones críticas y de sufrimiento para todos. Dar la respuesta adecuada y mantener la coherencia y cohesión del equipo es un reto no siempre alcanzable.

Hemos de lograr que la respuesta que el paciente reciba conecte con su problemática de fondo –hemos de curar allí donde está la herida interior–, pues esto hará que pueda dar

un paso hacia la mejoría. Por eso es necesario que, exceptuando normas básicas en relación principalmente a no tolerar la agresión, las respuestas del equipo sean consecuencia del conocimiento de la realidad interna del adolescente. De esta forma potenciaremos los aspectos más sanos y sus recursos más evolucionados.

Es evidente que esta tarea solo se hace con el instrumento humano que sufre y se desgasta. Nosotros también tenemos nuestras heridas, carencias y experiencias dolorosas. Es importante destacar que los profesionales, cualquiera que sea nuestra perspectiva, a la hora de “entender la realidad del paciente”, lo hacemos con nuestras capacidades mentales, emocionales, relacionales. Hemos de “medir, evaluar algo”, y el instrumento que utilizamos es el mismo que no conocemos bien. Esto lleva a limitaciones que convendría reconocer y tener en cuenta. Hinshelwood (2004) habla del impacto emocional que sufrimos todos, trabajemos con la teoría que trabajemos, en el contacto con la locura.

Estar sometidos a estas fuentes de ansiedades, que a menudo no son demasiado conscientes ni se expresan con claridad, suele llevarnos a adoptar posturas defensivas diversas. En unos casos, buscando rápidamente certezas biológicas que nos tranquilicen y eviten el acercamiento emocional con el paciente, en una especie de “tocar y marchar” (Donati, 2000); en otras, amparados en la teoría, podemos refugiarnos en intelectualizaciones, explicaciones, interpretaciones que, alejadas de la realidad del paciente, nos evitan el doloroso contacto con el sufrimiento mental. Una forma de mejorar esta situación sería, siguiendo a Hinshelwood, tener en cuenta y atender tanto el trabajo técnico como el emocional, buscando las maneras de afrontar con realismo las posibilidades de mejora del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- ALANEN, Y (1997b) Schizofrenia: Its Originis and Need-Adapted Treatment. London: Kranac. (2003) *Atenció psicoterapèutica als pacients psicòtics a la xarxa pública*. Ponencia presentada en el colegio de médicos de Barcelona.

- ALEXANDER y FRENCH (1946). *Terapéutica psicoanalítica*.
- GARCIA BADARACO, J. (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid. Tecnipublicaciones, SA.
- BION, W.R. (1962) *Learning from Experience*. Seven Servants, New York, Jason Arosón, 1997.
- CLUSA, J. (1997). *Congreso de psiquiatría biológica*. Valencia.
- DONATI, F. (1989). Madness and morales. *British Journal of psychotherapy* 5:317-329. Republished in R.D. Hinshelwood and Wilhend Skogstad (eds.) 2000 *Observing Organizations*. London: Routledge.
- HINSHELWOOD, R.D. (2004). *Sufering Insanity*. London: Routledge.