

Modelo de intervención terapéutico en el Hospital de Día de Leganés: Propuestas y reflexiones sobre el trabajo interdisciplinar*.

Edith Bokler Obarzanek**

RESUMEN: A partir de la práctica un Equipo se plantea reflexiones sobre su modelo de intervención. Para ello necesita dar marcha atrás y repasar los antecedentes y fundamentos del modelo elegido. En el texto se pone especial énfasis en la incorporación a nuestro modelo de tratamiento psicoterapéutico grupal de la figura del **“Terapeuta referente”** sobre el que entendemos recae una parte muy significativa de la creación de un nuevo entramado subjetivo que posibilite el cambio psíquico de nuestros pacientes. En la revisión del **“trabajo interdisciplinar”** nos basamos en un trabajo de *Emilia Ponce de León* para repasar el sentido de la interdisciplinariedad y los aportes de un Equipo a una institución.

Palabras clave: modelos de intervención en hospitales de día, terapeuta referente, equipo interdisciplinar.

ABSTRACT: starting from its own practical experience a Team thinks about its intervention model. To do so, it needs to go back and review the chosen model's background and basis. The text places special emphasis on the inclusion of the "Therapist referent" figure into our model of group psychotherapy treatment, over whom relies a very significant part of the creation of a new subjective framework, that enables the psychic change of our patients. In the review of the "interdisciplinary work" we rely on a text of Ponce de Leon to think about the meaning of interdisciplinarity, the team's contribution to an institution.

Keywords: day hospitals intervention models, therapist referent, interdisciplinary team.

INTRODUCCIÓN

Quiero compartir con ustedes las reflexiones que sobre nuestro modelo de intervención realizamos casi a diario en el Hospital de Día de Leganés. La organización de todos los Hospitales de Día tiene puntos de encuentro y de divergencias y hoy tenemos la oportunidad de discutir con rigor y profundidad las ventajas, logros e inconvenientes de cada modelo.

El equipo infantil del Hospital de Día de Leganés es, institucionalmente hablando, joven pero no inexperto ya que trae, a la par de la experiencia de cada uno de sus integrantes, un modelo intensamente aprehendido y comprobado que es el desarrollado en el Hospital de Día Infantil del Niño Jesús y antes en el Hospital de la Cruz Roja. Ese antes, ese recorrido, ayudó y aún ayuda a definir las características de este nuevo modelo, su estilo, su carácter. Cada Hospital, cada equipo que se integra constituye y construye una identidad propia en el modo de recibir, comprender y tratar a sus pacientes. Comentaré los antecedentes del modelo elegido haciendo énfasis en la figura del **Terapeuta Referente** y compartiré unas reflexiones acerca del trabajo interdisciplinar basadas en un trabajo de Emilia Ponce de León.

ANTECEDENTES Y FUNDAMENTOS DEL MODELO ELEGIDO

* Ponencia presentada en las 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 2009 tuvo lugar el viernes 22 y sábado 23 de mayo de 2009 en Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

** Psicóloga de la Unidad Infantil del Hospital de Día Infanto-Juvenil de Leganes de Madrid

Releyendo el texto de Margarita Alcamí sobre “Eficacia del Hospital de Día Psiquiátrico Infantil”¹, me sorprendió encontrar en la definición del mismo una frase que da cuenta del ir **“adquiriendo identidad** a través de **diferentes técnicas de tratamiento agrupadas de forma heterogénea...**” (Alcamí Pertejo, 1992). Me sorprendió ese entender la adquisición de una identidad como algo móvil, flexible, abierto al cambio, no sujeto a un dogma. Ese pensar la institución como algo inacabado, en constante proceso de construcción, de cuestionamiento, de validación. Y aún más pensar también la institución desde la **interdisciplina**: una respuesta compleja frente a una realidad compleja. Un espacio donde confluyen todas aquellas disciplinas capaces de aportar elementos para trabajar en el territorio de lo psíquico y la intersubjetividad.

Resulta interesante confirmar que el Hospital de Día atraviesa de alguna manera las mismas vicisitudes esenciales de nuestros pacientes: la construcción un **Yo con capacidades adaptativas** y la **integración y discriminación yoica** como meta de desarrollo.

En lo esencial hemos reproducido la experiencia del Hospital de Día Infantil del Niño Jesús para niños de 2 a 6 años: **tratamiento psicoterapéutico grupal, tratamiento psicoterapéutico individual, abordaje terapéutico familiar, trabajo psicopedagógico y la terapia de ambiente o institucional**. Siguiendo la premisa de no partir de *“un diseño único homogeneizado sino que a posteriori del estudio clínico se fija una línea base de desarrollo intelectual y emocional con el que se diseña el tratamiento a seguir, las modalidades terapéuticas a emplear y el modo de integración de las mismas”*. (Alcamí Pertejo, 1992).

En cuanto al primer punto queremos destacar especialmente la incorporación a nuestro modelo de **tratamiento psicoterapéutico grupal** el de la figura del **Terapeuta referente**. Aquel con quien se propicia *“el establecimiento de una relación válida... a través de la cual lograr la progresión en el desarrollo emocional”* y coincidimos que *“si bien se privilegia la relación con una persona se pretende también la generalización a otros terapeutas y a los demás niños...”*. (Alcamí Pertejo, 1992).

La figura del Terapeuta referente se ofrece para permitir la evolución del desarrollo ahí donde se detuvo dando una función de contención emocional, de comprensión y elaboración de conflictos y de reconstrucción. Partimos de la misma base teórica: *“el desarrollo emocional y cognitivo son interdependientes por tanto el desarrollo de la relación objetal es paralelo y complementario al desarrollo del yo y se entiende que las relaciones afectivas no se establecen y evolucionan en el vacío sino que se plasman a través de acciones”* (Alcamí Pertejo, 1992) específicas diferenciadas.

En aquellas ocasiones en las que decidimos recurrir a **tratamientos psicoterapéuticos individuales**, si bien trataremos de sostener el encuadre, sabemos que necesariamente este se verá atravesado y amenazado por la existencia de vínculos grupales preexistentes o paralelos. Hemos tomado una opción que si bien nos sobrecarga en la tarea creemos necesaria. Existen tres ocasiones significativas que abordamos individualmente: al inicio; cuando observamos una fragilidad psíquica que hace inviable la incorporación a un grupo y nos importa más crear una alianza terapéutica tanto con los terapeutas como con la Institución; durante el tratamiento, cuando las características individuales no dan lugar a la aparición de conflictos en la escena grupal y para determinados niños en los momentos previos al alta.

El **abordaje terapéutico familiar** se realiza de manera similar al comentado durante este Congreso en la ponencia *“Un modelo de Hospital de Día en niños pequeños. Sus indicaciones y contraindicaciones”* de la Dra. Margarita Alcamí Pertejo, tanto en los fines, el encuadre y la frecuencia y resulta en nuestra práctica el que nos confirma la mayor movilización psíquica de las familias.

Otro aspecto igualmente valorado de la experiencia precedente ha sido el **efecto terapéutico del ambiente institucional, la terapia ambiental** que implica la utilización de la experiencia de vida global, los abordajes múltiples y la utilización de la institución como instrumento terapéutico al modo de un sistema social en el que todos los miembros (pacientes y equipo terapéutico) se influyen recíprocamente. En suma *“un ambiente estructurado con variedad de relaciones humanas, interacciones emocionales satisfactorias, oportunidades para nuevos aprendizajes y experiencias, manejo de situaciones nuevas y el desarrollo de competencias personales y sociales”*. (Alcamí Pertejo, 1992).

Las diferentes técnicas que antes mencionábamos y que están sostenidas desde una visión fundada en lo interdisciplinar permite establecer encuadres diferentes en cada terapia. En nuestra experiencia es más enriquecedora y movilizadora una postura que admite que distintos síntomas sean abordados al mismo tiempo desde técnicas diversas y por distintos terapeutas. Esto permite un mayor descentramiento con respecto a algunos síntomas a excepción de los pacientes más frágiles. Para ellos se propone la gradualidad en la entrada al dispositivo postergando de esta manera la inclusión dentro del grupo de pares así como la de la relación con una variedad de terapeutas. De lo que se trata, para todos ellos, es descubrir cuál es la vía de acceso más posibilitadora de una entrada a la relación y al vínculo.

FIGURA del TERAPEUTA REFERENTE

Atendiendo a las personas que integran nuestro dispositivo y al diagrama propuesto por la dirección, tenemos un Equipo Infantil base formado por una psiquiatra, dos psicólogas y un educador. Somos las psicólogas y el educador, los referentes fijos de cada uno de los tres grupos y la psiquiatra tiene un rol que pudiendo considerarse de referencia es más flexible y abarcativo. El resto del Equipo, psicopedagogos, psicomotricistas, terapeutas ocupacionales, está compartido con la Unidad Adolescente.

El interjuego entre el Equipo y la terapia ambiental con la figura del Terapeuta referente permite a cada niño en particular y a cada grupo ir dando sentido a sus actuaciones. A través del sostén, del “holding” del Terapeuta referente, se espera poder restituir las funciones del Yo que posibiliten **una integración y discriminación yoica** en los pacientes y grupos en los que mayoritariamente predominan mecanismos de funcionamiento patológicos, en algunos casos psicóticos. Si algo está especialmente dispuesto para ser instrumento de esa **“experiencia emocional correctora”**¹ (término utilizado por F. Alexander y T. French, 1946) en el marco de la comunidad terapéutica, esa es, la relación vincular. Por otra parte la interacción con sus iguales y el resto de los adultos será el terreno donde se manifiesten y potencien esos efectos de integración y discriminación.

El Terapeuta referente se ofrece allí donde la interacción hace tope, donde la rivalidad y la exclusión cargan el ambiente emocional, donde cada una de las expresiones de sus dificultades ponen freno al disfrute y al compartir los juegos, juguetes, experiencias, lugares, tiempos y personas. El Terapeuta referente está allí ofreciéndose para un encuentro afectivo, posibilitando a cada niño vernos en la inmediatez del vínculo y a la vez como representantes de la institución. Acompañarlos en el diario ir y venir de las rutinas del Hospital de Día para apoyar todos los movimientos de reacomodación y ajuste en la consecución de sus logros de desarrollo. Esto nos ha llevado a diseñar intervenciones en donde la carga horaria del Terapeuta referente respecto de las otras terapias variaba según el grupo en sí, más horas en los pequeños, menos en los púberes o según el momento del grupo: diferencias entre el ingreso, el tratamiento propiamente dicho y al alta.

A primera hora de la mañana somos los Terapeutas referentes los que recibimos a los niños en la puerta, en ocasiones nos detenemos para un breve intercambio con la persona que les trae, les acompañamos hasta la sala donde inician la primera actividad mientras conversamos sobre lo sucedido desde que dejamos de vernos. También estamos a cargo de una actividad que se denomina “de sala” y que tiene un formato libre que cada Terapeuta referente diseña según el momento grupal, sus habilidades y las del grupo. Nos reencontramos durante el desayuno y les acompañamos hasta las aulas docentes. Estamos junto a ellos en el recreo y en su vuelta a las terapias. Comemos en la misma sala, el Terapeuta referente y los tres a seis niños que forman el grupo. Al finalizar la última terapia volvemos a despedirles en la puerta. Demás está decir que estamos allí también cuando hay que ir a la enfermería y en todas aquellas situaciones grupales e individuales que nuestra disposición vincular genera como necesaria. Esta descripción quiere dar

¹ Alexander, F.; French T., „En “Terapéutica psicoanalítica” (*Psychoanalytic Therapy*, 1946), trad. esp., ed. Paidós, Buenos Aires, 1965 mencionado en <http://www.indepsi.cl/ferenczi/articulos/villamarzo.htm>

cuenta de la intensidad de la intervención de la figura del Terapeuta referente que se convierte así en el emergente de la trama grupal dispuesto a una función de traducción e integración de todo lo que acontece entre el niño, el grupo y el Equipo.

El trabajo del Terapeuta referente, insertado en la suma de todas las tareas del equipo terapéutico, está fundado, como ya hemos nombrado, en una propuesta vincular y despliega *“mucho de maternaje, cumpliendo así su función psicoterapéutica”*. (Ponce de León, 2008). Pero es el Equipo en su conjunto el que, mientras intenta favorecer las funciones instrumentales, acerca a cada paciente a su nivel de desarrollo dando lugar a la tarea de integración y discriminación y/o que nos proponemos realizar cuando un niño ingresa en nuestro dispositivo.

En ocasiones es el Terapeuta referente el que debe *“ubicarse en un lugar tercero y de escucha de lo transferencial”* (Ponce de León, 2008) en un encuentro con el paciente y/o grupo, situación previamente trabajada en el Equipo. La figura del Terapeuta referente busca aumentar las intervenciones donde pueda producirse un efecto simultáneo sobre lo afectivo y lo representacional. Por ej.: un diálogo frente al paciente entre el Terapeuta referente y otro terapeuta a raíz de un conflicto, permite al niño ser incluido en el discurso, ser hablado por otro. Abrir una vía en el contenido manifiesto que intenta en algunas circunstancias facilitar el trabajo interpretativo en búsqueda de lo latente.

Es importante añadir que se requiere un permanente trabajo interno para sostener la tensión entre el trabajo tan global del Terapeuta referente y el de los demás miembros del equipo que realizan intervenciones más circunscriptas. Trabajo y supervisión que suponen una permanente adecuación para equilibrar rigor terapéutico y flexibilidad, abstinencia y acción.

EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

En el texto *“Equipo interdisciplinario y clínica psicoanalítica de niños”* su autora Ema Ponce de León hace una extensa reflexión sobre este tema basada en un trabajo del año 1994 de Ponce de León, Ravera, Queirolo, Bonnevaux. Coincidimos con ellos en la importancia de la práctica interdisciplinaria pero sin que en ningún caso se pierda de vista el lugar que la teoría psicoanalítica ocupa como referente teórico y ético de nuestro quehacer.

La comprensión del trabajo de nuestro equipo tiene múltiples puntos de encuentro y convergencia con los puntos fundamentales definidos por Ponce de León, Ravera, Queirolo, Bonnevaux, especialmente los que abordan cuestiones tales como: *“La conformación del equipo...”, la Creación de un esquema referencial común...”, la Producción de una visión global y al mismo tiempo caleidoscópica...”, la Capacidad de descentramiento...”, la Reflexión acerca del propio funcionamiento...”, el Mantenimiento de la especificidad de cada disciplina...”*. (Ponce de León, 2008)

Otro aspecto en el que de manera significativa nuestra práctica cotidiana coincide es el de *“la revalorización de la acción, una mayor inclusión de la realidad externa y de nuevas dimensiones de lo transferencial”*. (Ponce de León, 2008)

Un equipo como el nuestro, integrado por psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, psicomotricistas, terapeutas ocupacionales, educadores y enfermeros y que interviene tanto en la realización del diagnóstico, en la decisión de las estrategias terapéuticas como en su puesta en práctica, no desconoce la importancia de la reflexión continua sobre lo interdisciplinario dada la complejidad de nuestra tarea, de la organización institucional, de la red sanitaria, educativa y social de la que formamos parte y esencialmente del niño y la familia con quien nos encontramos. Por ello nos parece tan pertinente la afirmación que *“A través del accionar del equipo, también se brinda a los pacientes una transmisión de la dimensión de la complejidad con que debe ser abordado todo lo humano, la idea de diferentes caminos posibles en la búsqueda de soluciones y de la necesidad del intercambio y la reflexión con otros para comprender mejor la infinidad de facetas de cualquier realidad”*. (Ponce de León, 2008)

El desarrollo completo puede encontrarse en el artículo de Ema Ponce De León. Primera Parte “*Equipo interdisciplinario y clínica psicoanalítica de niños. Abordajes interdisciplinarios y análisis de un caso clínico*”. Publicado en Aperturas Psicoanalíticas nº28 el 05/04/2008. (Localizable en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000395&a=Equipo-interdisciplinario-y-clinica-psicoanalitica-de-ninos-Abordajes-interdisciplinarios-y-analisis-de-un-caso-clinico>)

BIBLIOGRAFIA:

Alcamí Pertejo, M. “Eficacia del Hospital de Día psiquiátrico infantil”. Madrid, 1992. Tesis doctoral UCM.

Ponce De León, E. Primera Parte “Equipo interdisciplinario y clínica psicoanalítica de niños. Abordajes interdisciplinarios y análisis de un caso clínico”. Publicado en Aperturas Psicoanalíticas nº28 el 05/04/2008 en www.aperturas.org. <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000395&a=Equipo-interdisciplinario-y-clinica-psicoanalitica-de-ninos-Abordajes-interdisciplinarios-y-analisis-de-un-caso-clinico>

Alexander, F.; French T. En “Terapéutica psicoanalítica” (*Psychoanalytic Therapy*, 1946), trad. esp., ed. Paidós, Buenos Aires, 1965 mencionado en <http://www.indepsi.cl/ferenczi/articulos/villamarzo.htm>