

Aixandri, Núria
Ayala Cuevas, Beatriz
Azpiri, Miriam
Barahona, Nieves
Boullón Gómez, Alejandra
Brun, Josep M^a
Burillo Gonzalvo, María
Cabús, Gemma
Cruz, Daniel
Dangerfield, Mark
Estalayo Hernández, Ángel
Feduchi, Luis
García Rubio, María José
Garran, Encarni
González Serrano, Fernando
Gordo, Leire
Jorquera, Cristina
Martínez Pampliega, Ana
Merino, Laura
Mirabent Junyent, Vinyet
Morer Bamba, Bárbara
Montserrat Femenia, Alicia
Moreno García, M^a Victoria
Muñoz Guillén, Mayte
Olives, Susanna
Panera, Consuelo
Risco Lázaro, Ana
Rodríguez, María Irene
Rodríguez Ochoa, Olga
Solana, Begoña
Vaccari, Francisco

N.º 63
1º semestre

2017

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

ISSN: 1575-5967

Cuadernos de Psiquiatría
y Psicoterapia del Niño
y del Adolescente

La Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente es una publicación semestral dirigida a profesionales de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes desde un punto de vista psicoanalítico.

La revista admite publicaciones presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) así como las comunicaciones libres seleccionadas para su presentación en dichos congresos. También admite conferencias y aportaciones libres.

Su publicación es en castellano aunque permite la contribución original de trabajos en inglés.

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

CONSEJO DIRECCIÓN

Directora: Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

Director Adjunto: Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)

Ainara González Villanueva (Bilbao)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
María Dolores Gómez García (Sevilla)
Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)

COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)
Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (París)
Alain Braconnier Centro Alfre Binet (París)
M^a Luisa Castillo Asociación Psicoanalítica Madrid (Bilbao)
Miguel Cherro Aguerre Universidad del Desarrollo Montevideo
Ana Estevez Universidad de Deusto (Bilbao)
Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)
Marian Fernández Galindo (Madrid)
Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)
Pablo García Túnez (Granada)
Bernard Golse Univesidad Paris Descartes (Paris)
Carmen González Noguera (Las Palmas)
Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)
Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)
Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)
Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †
Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)
Cristina Molins Garrido (Madrid)

Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)
Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)
Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)
Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Roger Misés (París)
Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (Paris)
Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)
Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)
María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)
Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)
Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)
Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Jorge Tizón García (Barcelona)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao)
Eulalia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)
Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)
Juan Manzano Garrido (Ginebra)

INDICE:

Dialogando con Luis Feduchi sobre Hospitales de Día de adolescentes <i>Luis Feduchi (entrevistado por Daniel Cruz)</i>	9
Retos creativos en las psicoterapias con niños y adolescentes adoptados <i>Alicia Monserrat Femenia y Mayte Muñoz Guillén</i>	17
Aportaciones del tratamiento basado en la mentalización (MBT-A) para adolescentes que han sufrido adversidades en la infancia <i>Mark Dangerfield</i>	29
Los padres de adolescentes adoptados en el trabajo clínico. Fantasías, inquietudes y conflictos <i>Vinyet Mirabent Junyent</i>	49
Programa AGIRA (2007-2015): Números para una reflexión <i>Josep M^a Brun, Núria Aixandri y Susanna Olives</i>	63
El sentido de la vida en universitarios españoles <i>M^a Victoria Moreno García, Ana Risco Lázaro y Nieves Barahona</i>	75
El duelo perinatal por muerte gestacional tardía <i>Bárbara Morer Bamba, Beatriz Ayala Cuevas, Alejandra Boullón Gómez, María Burillo Gonzalvo y María José García Rubio</i>	85
Desarrollo del programa de atención específica a los trastornos mentales graves infantiles en la red de salud mental de Bizkaia <i>Begoña Solana, Cristina Jorquera, Consuelo Panera, Encarni Garran, Francisco Vaccari, María Irene Rodríguez, Miriam Azpiri y Gemma Cabús</i>	91
Abordaje terapéutico de adolescentes con graves problemas de conducta en un centro de menores. Evolución de un caso <i>Olga Rodríguez Ochoa, Ángel Estalayo Hernández y Fernando González Serrano</i>	101
Egokitzen infantil: Análisis de la eficacia de un programa de intervención grupal con hijos/as de padres/madres divorciados <i>Leire Gordo, Laura Merino y Ana Martínez Pampliega</i>	113

Edición: Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid. www.editorialselene.com

Impresión: Sorles, Leon

E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@seypna.com

Página Web: <http://www.seypna.com/revista-seypna/>

Depósito Legal: M-35677-1985 / ISSN: 1575-5967

Periodicidad: semestral

Suscripción anual: 60 €

Precio por ejemplar: 35 €

La Revista **Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente** está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. <http://www.latindex.unam.mx>
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <http://www.psicodoc.org/acerca.htm>
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. Categoría B según los criterios de evaluación de revistas de CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139>
- ISOC: Base de datos de sumarios ISOC-CSIC. <http://www.cindoc.csic.es/servicios/isocinf.html>
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. <http://www.accesoabierto.net/dulcinea/consulta.php?directorio=dulcinea&campo=ID&texto=1980>
- FEAP: Anuario de publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española. <http://www.feap.es/anuarios/2010/html/RevSP13.html>
- IBECS: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud. <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=IBECS&lang=e>
- EBSCO: Base de datos que ofrece textos completos, índices y publicaciones periódicas académicas que cubren diferentes áreas de las ciencias y humanidades. <http://www.ebsco.com/>

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.)
- Selección de comunicaciones presentadas en los Congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres

Los Editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYRNA

Presidente:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Vicepresidente-tesorera	Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)
Vicetesorero:	Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Angeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)
	Agustín Bejar Trancón (Badajoz)
	Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
	María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)
	Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)
Responsable de publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

Talking with Luis Feduchi about Day Care Units for adolescents <i>Luis Feduchi (interviewed by Daniel Cruz)</i>	9
Creative challenges in psychotherapies with adopted children and adolescents <i>Alicia Monserrat Femenia y Mayte Muñoz Guillén</i>	17
Mentalization-based treatment (MBT-A) contributions for adolescents who have suffered adversity in childhood <i>Mark Dangerfield</i>	29
Parents of adopted adolescents in clinical work: Fantasies, worries, and conflicts <i>Vinyet Mirabent Junyent</i>	49
AGIRA Program (2007-2015): Numbers for reflection <i>Josep Ma Brun, Núria Aixandri y Susanna Olives</i>	63
The meaning of life in Spanish university students <i>Ma Victoria Moreno García, Ana Risco Lázaro y Nieves Barahona</i>	75
Perinatal bereament for late gestational loss <i>Bárbara Morer Bamba, Beatriz Ayala Cuevas, Alejandra Boullón Gómez, María Burillo Gonzalvo y María José García Rubio</i>	85
Development of the specific attention program for children's serious mental disorders in the mental health network of Bizkaia <i>Begoña Solana, Cristina Jorquera, Consuelo Panera, Encarni Garran, Francisco Vaccari, Maria Irene Rodriguez, Miriam Azpiri y Gemma Cabús</i>	91
Therapy for adolescents with severe conduct disorders in a young residential center. A case evolution <i>Olga Rodríguez Ochoa, Ángel Estalayo Hernández y Fernando González Serrano</i>	101
Egokitzen infantil: The efficacy analysis of a group intervention program for children of divorced parents <i>Leire Gordo, Laura Merino y Ana Martínez Pampliega</i>	113

DIALOGANDO CON LUIS FEDUCHI SOBRE HOSPITALES DE DÍA DE ADOLESCENTES*

TALKING WITH LUIS FEDUCHI ABOUT DAY CARE UNITS FOR ADOLESCENTS

Luis Feduchi** (Entrevista realizada y transcrita por Daniel Cruz)***

Luis Feduchi (LF) - Mi experiencia es haber supervisado durante muchos años diversos equipos, haber organizado el arranque de un Hospital de Día (HD) colaborando con un grupo de profesionales, así como haberlo supervisado durante muchos años. He supervisado también dos HD más y he participado en la organización de otro HD.

Daniel Cruz (DC) – El trabajo interdisciplinar es un aspecto fundamental en el HD. No sólo se trabaja en equipo sino que también se comparte información de los pacientes, se trabaja con pacientes que pueden estar muy disociados y que pueden hacerte reaccionar de diferentes maneras. Por ello son muy importantes los espacios de reunión del equipo, el intercambio de información clínica, que se realice un seguimiento de los casos tanto en lo puntual del día a día como en la evolución a lo largo del tiempo. Aquí la supervisión puede tener un valor en cuanto a detenerse y darse un tiempo para entender lo que está pasando con ese paciente. También creo que una formación específica es importante, es decir, formación no solo en temas generales de salud mental, sino también

en temas concretos relacionados directamente con estas patologías y su abordaje en el HD. Son temas relacionados con el trabajo en equipo que podemos comentar, así como el debate que ahora hay sobre la titulación que ha de tener el personal que acompaña a los pacientes durante la estancia. Estuve en el primer HD que se abrió en Catalunya, gracias al Dr. Angulo en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, y en aquel momento ese personal se seleccionaba entre psicólogos y psiquiatras en formación. Luego se pasó a coger educadores sociales, y en otros lugares se cogen también terapeutas ocupacionales.

LF – A mí me parece que cuando se contiene a un adolescente con una problemática en el HD, hay que atender todos los aspectos de la adolescencia, es decir, los aspectos sociales, biológicos y psicológicos. Allí tiene que estar atendido, no solamente en un aspecto, sino en los tres.

En el HD se distribuyen distintas disciplinas, educación, gimnasia, plástica, etc., y se encuentran, por tanto, distintos profesionales: educadores, trabajadores

* Al ponerse en marcha el grupo de trabajo de SEPYPNA sobre Hospitales de Día, Luis Feduchi ofreció su colaboración. Esta entrevista fue realizada el 9 de mayo de 2016 en su despacho de Barcelona.

** Psiquiatra. Psicoanalista. E-mail: lfeduchi@telefonica.net

*** Psicólogo clínico, psicoterapeuta. Coordinador CSMIJ y HD Granollers, Hospital Sant Joan de Déu.

E-mail: Dcruz@sjdhospitalbarcelona.org

sociales que se comunican con el exterior, pedagogos, maestros, psiquiatras y psicólogos. O sea que esté todo lo que expresa un adolescente, que sea observado y atendido por la disciplina correspondiente y que esto esté integrado, que no actúe uno más que otro, que no predomine una disciplina sobre otra, sino que todo el mundo esté cumpliendo su función. Sería similar a una UVI o un quirófano, donde todo el mundo es necesario y donde cada uno tiene su función y están todos haciendo una cosa determinada. Pienso que es peligroso lo que he visto suceder en algunos sitios, donde aparece un psiquiatra y les dice al resto de profesionales qué tienen que hacer. De este modo a lo que debemos apuntar es a un Hospital Biopsicosocial más que a un Hospital Psiquiátrico.

DC – ¿Cambiarías la denominación de Hospital de Día?

LF – No, porque el adolescente está todo el día y la denominación hace referencia al hecho de no dormir. No le cambiaría el nombre porque el término Hospital implica acogida y atención.

DC – El trabajo en equipo integrado requiere flexibilidad, escuchar y tener en cuenta lo que te dicen los otros. Es lo hemos comentado, antes de iniciar la conversación, sobre la diferencia entre el trabajo multidisciplinar y el interdisciplinar.

LF – Exacto, el trabajo multidisciplinar tiene un par de inconvenientes que he podido apreciar en mi trabajo, y es que se observa cierta competitividad entre las distintas disciplinas. También cierta invasión de unas a otras, por ejemplo, se psicologiza el trabajo social, se psiquiatra la psicología, se biologiza la psiquiatría. De modo que de repente una disciplina se come a la otra, en vez de colaborar, en vez de intercambiar, en vez de “hasta aquí llego yo, a partir de aquí empiezas tú”, se convierte en el “yo hago como tú” o “tienes que hacer como yo”.

DC – Y el hecho de que de formación sean educador social, terapeuta ocupacional, y sin menoscabo de sus diferentes competencias profesionales, ¿no crees que lo más importante es la función de acompañante que realizan con los chicos, manteniendo una relación terapéutica pero sin confundirse en pensar que hacen una psicoterapia?

LF – Claro, yo creo que las disciplinas en general, aunque sean variadas, tienen unos conceptos teóricos comunes que comparten. Aparecen nuevas tendencias. Por ejemplo: de repente las escuelas cambian porque se atiende también a los padres y no solamente a los hijos al contrario de la postura anterior de atender sólo a los hijos

y olvidarse de los padres. Y lo mismo que en la escuela sucede en la medicina, en la psiquiatría o en el gimnasio. La corriente a favor de la lactancia prolongada o contra ella, la moda de integrar a los padres en la guardería o de no llevar a los niños a la guardería. Todo eso tiene algo de “moda”, no digo que sean tonterías, sino que son replanteamientos que hacen teóricos que vienen de una disciplina y que de pronto se aplican en varias. En ese sentido es verdad que un HD con un concepto psicodinámico de la persona sería diferente que uno con un concepto conductual. Sin embargo te encuentras que al hablar sobre ciertos temas no son modelos incompatibles. Pero sí, es verdad, hay teorías que se impregnan en todas las disciplinas.

DC – Claro, este sería el tema de la especificidad de los acompañantes, de la función que desempeñan más que si son terapeutas ocupacionales o educadores sociales, lo importante es la integración en el equipo.

LF – A mí me parece básico que sea un equipo, y cuando digo un equipo quiero decir que esté constantemente intercambiando, teniendo un espacio de comunicación que empieza con unas entrevistas de valoración, que quien las haga las comparta para poder llegar a un diagnóstico final, y que se pueda organizar una atención, un tratamiento, etc. Y ese tratamiento, tiene un rasgo que predomina y que recae sobre la disciplina que más atiende este tipo de problema. Es decir, no es lo mismo un adolescente que te viene y que es imposible que estudie nada, no ha pasado de la ESO, le han diagnosticado de falta de atención, hiperactividad, que el maestro sea el que observe más esta parte educativa, y que el psiquiatra o psicólogo lo refuercen o cambien ese predominio, o ese síntoma, a que te venga un paciente con otras tendencias, que se haya “chinado” por ejemplo. Yo creo que lo importante es que el equipo atienda en su totalidad, aunque alguien esté reforzando más un aspecto concreto.

DC – ¿Sería la parte más psiquiátrica o más psicológica del HD?

LF – Sí, por eso digo que a lo mejor una persona que haya venido con un fracaso escolar y que le han dado por inútil en el sentido del aprendizaje, y que no hay manera de que mejore, que ha ido al Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) y que el CSMIJ haya visto que ese chico tiene dificultades en prestar atención. Así, es posible que el maestro del HD haga una atención especial en ver qué capacidad tiene, una parte en primer plano más educativa, y ver si de verdad es un síntoma. El adolescente tiene que atender tantas cosas... Cuando

se habla que el desarrollo es bio-psico-social, en el caso de la adolescencia eso se da todo al mismo tiempo, a veces el trastorno escolar no es solamente biológico ni solamente social, cuando llega al HD está confuso, de modo que tiene que atenderse todo de una forma global, como cuando vamos al hospital en vez de al ambulatorio.

DC – Aunque el HD esté dentro de la red, lo ideal es que tenga una autonomía de funcionamiento que permita esto, valorar conjuntamente los casos que recibe. En este sentido un HD no es únicamente un lugar de dispensación de tratamientos, como puede pasar en otras disciplinas. Pero al estar en la red, a veces te vienen casos directamente desde hospitalización o urgencias, es decir, que hay una parte de los casos que se atienden que no han seguido ese proceso de admisión habitual. Cada HD tiene una manera de funcionar, es muy importante que atienda individualmente cada caso y ver qué necesita ese adolescente, pero también se nos piden que hagamos programas específicos para perfiles psicopatológicos diferentes. Al igual que puede suceder con los pacientes que han seguido un proceso diferente de admisión, como en el caso de los que vienen directamente desde hospitalización o urgencias, puede haber riesgo de montar un HD atomizado, por ejemplo, los lunes por la mañana un grupo TEA, los martes uno TLP. ¿Qué opinarías sobre este funcionamiento?

LF – Sí, en mi experiencia como observador, a medida que he ido trabajando, ha ido bajando la atención clínica en los CSMIJ, en el sentido de poder atender con tiempo a los pacientes, por recortes, burocracia, etc. El HD se está convirtiendo en un cajón de sastre, que es lo peor que le podría pasar. O bien, como tú dices, cuando te envían un caso con urgencia al HD, esto es un error, pero lo hacen porque al menos en el HD lo observan. La clínica empieza por la observación, y como esta parte ha desaparecido, alguien tiene que observar para poder diagnosticar.

DC – Me parece muy importante lo que dices sobre el tiempo dedicado a la observación. Ahora los diagnósticos parece que se tienen que hacer en cuanto entra el paciente por la puerta y de ahí ya vas directo al tratamiento predeterminado para ese diagnóstico.

LF – Claro, déjame exagerar, ahora el tratamiento lo tienes en primer plano en la cabeza y adaptas al paciente al tratamiento, esto está pasando y es muy grave. Tienes antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, y cuando ves un rasgo que encaja dentro de estos fármacos ya puedes hacer una indicación terapéutica. Como el tratamiento

hasta dentro de tres semanas no le va a hacer efecto pues... que venga dentro de un mes, ¿no? Bueno, pero a mí me parece que hay dos cosas que son muy importantes, que no solamente es la falta de diagnóstico individual, sino que esta persona en un HD va a convivir con un grupo, y con un grupo difícil. Ingresar a una persona en un HD, cuando individualmente se le podría tratar, corres el riesgo de dañarlo a él o al grupo. De repente metes a un adolescente que tiene tendencias depresivas o que tiene tendencias suicidas o que es agresivo o que es violento, lo metes en un grupo y allí puede actuar su patología, por muy contenido que esté por los profesionales. Uno de los beneficios que tiene un HD es que a una persona se le conecta un grupo, un grupo organizado, claro, no es un grupo espontáneo, y allí va a tener rivalidades, va a sentir atracciones, odios... va a vivir toda su patología ahí, delante de tus ojos. Lo que a mí me parece interesante del HD, es que el tratamiento incluye la convivencia con un grupo, que en otros tratamientos no tienes en cuenta lo que hacen otros profesionales, pero en el HD lo están atendiendo todos allí mismo, y está contigo. Perdona que insista, el riesgo es indicar el HD por falta de recursos, como si fuera urgencias. En la medicina está pasando con los servicios de urgencias que suplen carencias asistenciales.

DC - Los grupos son variables. A veces hay grupos que en su composición predominan chicos, otros en que predominan chicas; grupos en los que predominan más psicóticos, y hay un efecto de apagamiento, otros donde predominan más los trastornos límites y hay mucha excitación en el grupo.

LF – Pero es muy beneficioso porque, desde mi experiencia, ves cómo evoluciona una persona en la parte de trabajos manuales, o en el deporte, o en los procesos educativos. Y ves cómo el profesional que sea, maestro, educador, observa cómo una persona que antes no jugaba, de repente se incorpora a un equipo, o de repente se pone a escribir o a hacer cosas por su cuenta, o se relaciona con una persona cuando antes era imposible. Y eso no es como cuando la familia te explica lo que hace, tú lo estás observando ahí. Y esa reacción que ves se llama grupo, es decir, cuando se trabaja en equipo, lo que se observa beneficia al psicólogo para la terapia que está haciendo, beneficia al psiquiatra si tiene que retirar o no la medicación, etc. Beneficia a todo el equipo.

DC – Y el hecho de que a veces en un grupo pueden coincidir, por ejemplo, pacientes psicóticos con pacientes con trastornos de la personalidad, puede ser una convivencia conflictiva, los psicóticos se asustan

de la agitación de los otros, los otros se asustan de lo que perciben como extrañezas.

LF – A mí me parece que la indicación de HD implica que esté conservado algo de la persona. Si entra una persona con un trastorno de personalidad en que lo que predomina es la violencia, o si hay un psicótico que sólo delira, puede crearse un conflicto mayor. O sea, tiene que haber una parte conservada que es en la que se basará el desarrollo terapéutico, una parte conservada de convivencia y eso es una indicación muy precisa para el HD. Si metes al primero que venga sin valorarlo, puede ser iatrogénico para el mismo paciente o para el grupo. Es muy importante no dejarse invadir por la presión externa y evitar, como he dicho antes, que el HD sea un cajón de sastre.

DC – ¿Puedes ampliar un poco más el tema de las indicaciones y contraindicaciones?

LF – Además de los factores que antes hemos hablado, es muy importante cómo se atiende a las familias e instituciones. A veces se deja la familia fuera o bien se la integra demasiado y se cuenta más con la familia que con el adolescente. Pasa muchas veces que te es tan difícil tratar a los adolescentes que prefieres tratar a los padres, que te entiendes mejor con ellos. Aquella frase que puso Diatkine en su servicio para niños que decía: “Este es un servicio de psiquiatría y psicología para niños, no para padres”. Es importante porque a veces te produce tanta angustia cómo tratar al paciente que acudes en exceso a los padres o a los tutores.

DC - En el HD el tema de la distancia adecuada en el trato está presente constantemente.

LF – Sí, se me ocurre otro ejemplo: los HD que he atendido tienen toda formación dinámica, todos incluyen un tratamiento psicoterapéutico individual. Es importante saber cómo colocas ese espacio, en qué momento, porque a veces las terapias las vamos a hacer una vez cada tanto a tal hora fija, y resulta que le puede coincidir con lo que está haciendo en ese momento.

DC - También puede hacerse de una forma más espontánea, a demanda o por disponibilidad, en vez de a una hora prefijada.

LF – Bueno, los adolescentes, sienten la hora de terapia muchísimo más íntima, individualizada y separada del resto y todo el mundo sabe el horario de actividades, si va a hacer una cosa o va a hacer otra. Y la fantasía es: “qué va a contar este, qué le pasa a este, a ver qué cuenta de nosotros”. La intimidad de la terapia, que dentro del HD se está viviendo a la vez grupalmente, es muy complicada pero es necesaria.

DC - Hay que preservar ese espacio.

LF – Es necesario, el terapeuta tiene que tener la experiencia técnica adecuada para saber que está tratando en un encuadre especial.

DC - ¿Quieres añadir algo más al tema de las indicaciones y contraindicaciones?

LF – Estas dos que hemos comentado son las más peligrosas. Por una parte cuando no conserva alguna capacidad de relacionarse e intercambiar. Si tú ingresas a una anoréxica grave en un HD, o un delirio o a una persona con un trastorno de personalidad violenta, puede ser un desastre. Hay situaciones en que el trastorno invade tanto la personalidad que no queda ningún resquicio de intercambio, de relación. Y la otra contraindicación sería al revés, síntomas que aparentemente son muy floridos, pero que son neuróticos. Y si lo metes en un HD podría contagiarse con el resto del grupo.

DC – ¿Crees que faltan otro tipo de recursos o estructuras intermedias para algunos casos? A veces los HD se encuentran casos difíciles, sin estudios ni recursos, con familias muy deterioradas, ya han cumplido los dieciséis años de edad y si le das el alta es como echarlo a la calle. A pesar de que se hacen todos los esfuerzos posibles por buscar recursos prelaborales y otro tipo de actividades.

LF – Sí, claro.

DC – Yo pienso que el HD se debe basar en un contrato terapéutico. Hay algunos HD de adultos que funcionan exclusivamente como alternativa a la hospitalización. Entonces no tiene nada que ver con un HD donde la convivencia y una estancia más o menos larga tiene una finalidad concreta. Porque además ahora las hospitalizaciones en agudos suelen ser muy cortas, no son las hospitalizaciones de antes que permitían un proceso durante el ingreso más allá de la contención inicial. Si utilizas el HD para esto lo vas a quemar.

LF - Sí, así es.

DC - ¿Piensas que quizá nos faltan más estructuras intermedias, más recursos no sólo de sanidad, sino también de educación y laborales?

LF – No, lo que yo he visto es que en HD estás atendiendo clínicamente todas las facetas que tiene el cuadro que presenta el adolescente y al salir el CSMIJ debería continuar ese tipo de atención, no debería dejarlo en la calle. Pero eso no existe aún, no existe un post-hospital ni un post-tratamiento adecuado.

DC – ¿En qué sentido no existe?

LF – Porque tú tienes que hacer indicaciones que

deberían de ser muy precisas. Toda alta en un hospital, o en cualquier situación que ha sido atendido globalmente, tiene un post. Es decir, una ayuda adaptativa y un seguimiento. Te pongo un ejemplo extremado: es como si sacaras a una persona de un quirófano y el postoperatorio no existiera.

DC – La mayoría de los casos vuelven al CSMIJ, otros pueden encontrar algún tipo de recurso institucional.

LF – Exacto, no le puedes dar tú el alta definitiva, sino que tiene que ser dentro de la red.

DC – ¿Piensas que haría falta algún otro tipo de recurso educativo o centros residenciales que pertenezcan a la salud mental? Es un tema del que se habla desde hace mucho tiempo pero del que no disponemos, que pueda separarse temporalmente al adolescente de sus padres sin tener que retirar las tutelas, y mientras se va trabajando la conflictividad existente.

LF – Sí, tendría que haber centros que continuaran el proceso educativo y el proceso terapéutico. Si a un chico lo puedes ingresar en un instituto o en actividades laborales donde se va a socializar, va a poder practicar lo que en un centro hospitalizado ha vivido y ha practicado, y lo va a verificar fuera, entonces ahí la socialización no la puedes hacer bruscamente, no puedes ir directo al instituto, sino que tiene que haber un módulo donde retome esas cosas para las que ha mostrado cierta facilidad e interés, pero manteniendo la continuidad terapéutica. Igualmente con la terapia, o sea, cómo puede seguir integrándose a un grupo terapéutico de adolescentes, algo que continúe su experiencia y sin que sea ya como un centro cerrado.

DC - ¿Crees que un grupo de adolescente puede ser una buena indicación de salida?

LF – Podría ser una buena indicación, hay HD que hacen grupos terapéuticos. Ya tiene una experiencia de lo que es vincularse a un grupo, también hay ahí un aprendizaje, como lo hay en los grupos de trabajo. Yo había trabajado con jóvenes que a partir de los dieciocho años quedaban en el aire y no se les podía tratar, iban con equipos de oficios, mecánicos, carpinteros, albañiles. Ese modelo era magnífico, eran profesionales que se interesaban de una forma muy viva por estos chicos.

DC – En la Fundació Llidars, en Cornellà, hacen algo parecido, también en la Fundació Marianao de Sant Boi. Es un tema relacionado con el post-tratamiento. A veces vemos familias que están muy desmontadas y la crianza ha sido difícil, el HD es un soporte yoico importante para los pacientes.

LF – Sí, donde hay identificaciones importantes, con figuras paternas y maternas.

DC – Se busca cómo reforzar a las familias en sus funciones, pero puede ser muy difícil.

LF – Nos queda una cosa un poco antigua en nuestro trabajo, que es la palabra familia, yo creo que la familia es difícil encontrarla ya (risas). Además están cambiando mucho los modelos, no ves solamente familias desestructuradas, también aparecen modelos de familia que antes no existían, progenitores solteros, parejas homosexuales, no es que sean mejores o peores, sino que llevamos la idea de la sagrada familia en la cabeza y esto ha cambiado.

DC - Una vez leí una definición de familia como aquellos que lavan la ropa sucia juntos (risas).

LF - Sí, en el HD hay muchos chicos que vienen directamente de centros tutelares de menores.

DC – Hay familias donde se junta la presencia de enfermedades mentales con mucha dejadez, con carencias y negligencias importantes.

LF – Y luego tienes el mundo de la inmigración, que es muy importante en este tiempo.

DC – Sí, y algunos tipos de inmigración nos pillan muy descolocados. Algunos casos que llegan de Pakistán, por ejemplo, se mueven en coordenadas muy diferentes a las de Sudamérica o Marruecos.

LF – Sí, es completamente distinto. Yo tengo una idea que la expongo con frecuencia sobre la inmigración, en cuanto a que no es lo mismo un inmigrante magrebí que ha venido solo, de un inmigrante latinoamericano que lo han traído, a veces, a la fuerza, que lo han arrancado tras haber emigrado los padres años antes y él quedarse en su tierra natal. Para mí es la diferencia entre exilio e inmigración. El latinoamericano al que han forzado a salir de su entorno, siente mucha rabia y desorientación, y puede meterse, por ejemplo, en una banda. O bien ves al magrebí que ha hecho lo imposible para mandar dinero a casa, incluso delinquir, para que así vean que ha tenido éxito. Simplificando, es una mala edad para cambios drásticos, pues está en juego la identidad de la persona.

DC – El modelo de HD como terapia institucional también puede aplicarse a las unidades terapéutico-educativas, así como a tratamientos ambulatorios intensivos que pueden tener una frecuencia semanal pero siguen este tipo de modelo. Son aplicaciones importantes.

LF – Claro, a mí lo que me preocupa es que no es lo mismo ir un día a la semana con las mismas personas,

con los mismos compañeros, que un día a la semana y que cada día cambie la gente. Porque la identidad es muy importante. Bueno, metes a un adolescente en un grupo y sabe dónde está, le sacas de un grupo y le pones en otro diferente y, generalmente, se repliega. Es importante la continuidad. Es como la discoteca, tienen que ir siempre a la misma, hay que echarle valor para ir a una discoteca nueva.

DC – La cuestión principal de la psicoterapia institucional es cómo la institución puede devenir terapéutica de por sí. Esto viene dado, como hemos comentado al principio, por el trabajo en equipo con espacios para compartir información y analizar las dinámicas.

LF – Hay algo que hay que tener en cuenta. Cuando trabajaba supervisando niños, veías que podía necesitar una reeducación antes de iniciar una psicoterapia. En una reeducación el objetivo es que pueda simbolizar, tener un pensamiento más o menos organizado, es entonces cuando se puede introducir una terapia. Creo que en estos casos es lo mismo; cuando digo reeducar, lo que entiendo es que ha habido una educación previa y que luego por lo que sea ha desaparecido; entonces reeducar es retomar un poco lo que había, volver a recuperar una parte que ha quedado bloqueada. Tú sabes la importancia de los primeros años de vida, si han ido bien sabes que ahí tienes algo que puedes retomar. Y hay veces que ahí no había nada y lo que tienes es que educar, no reeducar. En los casos de HD yo creo que hay una reeducación, pues como no haya habido una educación previa es muy difícil que se retome. Y después, puedes empezar por la parte intelectual que tiene que hacerse previamente a la parte psicológica. Tienes que mentalizar, tienes que ver cómo ha funcionado para poder intervenir, porque ¿cómo vas a rehacer sino algo que no se ha hecho? Es importante que la neurociencia haya puesto en primer plano el desarrollo del cerebro y los cambios que se dan en la adolescencia. En el HD lo que predomina en un primer momento es crear un pensamiento, crear una capacidad de relación, que se integre en un grupo, y ver cómo va pasando eso, el papel de los educadores ahí es fundamental, todavía no puede acceder a una terapia porque no hay todavía la posibilidad de intercambiar a nivel del pensamiento. Y eso se ha de hacer en equipo.

DC – Una indicación de HD es la observación diagnóstica, eso requiere tiempo, trabajo en equipo, evitar ser demasiado intervencionista antes de haber permitido que el paciente despliegue sus capacidades

relacionales. Seguramente es algo que sucede en todos los HD donde hay estancias suficientemente largas. Por ejemplo, hay HD monotemáticos de Trastornos alimentarios, con una orientación conductual, pero puedes ver que ahí están sucediendo muchas cosas relacionadas con la convivencia, con el efecto grupal, más allá de las técnicas concretas que se aplican.

LF – Un tema importante y difícil de manejar en el HD es la obligatoriedad. Son pocos los adolescentes que piden voluntariamente ir a tratamiento. Suelen venir a indicación de la familia, de la escuela, desde otro recurso, incluso obligados por un juez. Entonces, ¿cómo tratas la obligatoriedad? Tienes que explorar su vivencia y explicarle por qué está ahí, que no piense que es una venganza por hacer las cosas mal.

DC – Es útil hacer un contrato terapéutico que firman padres y paciente. Después se puede retomar cuando hay alguna actuación y recordarle que él se ha comprometido voluntariamente a venir y recuperar así el contexto terapéutico.

LF – Sí, por eso digo de explicarle previamente por qué viene, qué va a hacer, y qué tipo de ayuda se piensa que se necesita en vez de dejarlo pensando que lo han encarcelado por haberla pifiado.

DC – Un punto delicado es el desánimo que puede darse en los equipos cuando se encuentran con casos difíciles de mover, con familias con poca capacidad de colaboración.

LF – La familia que tiene que ingresar a un adolescente en un HD, a veces se siente culpable de lo mal que lo ha hecho o lo vive como una herida narcisista. Por estos motivos puede aparecer una rivalidad y dejar el tratamiento alegando que no resuelve nada. Otras veces lo depositan como si por fin se libran de él. Evidentemente también puede haber un reconocimiento de sus limitaciones y estar dispuestos a colaborar de una forma sana. La atención a la familia puede ayudar a esta motivación y la postura que adoptan puede ir evolucionando.

DC – ¿Y cómo se puede mejorar la relación interdisciplinar? Las reuniones del equipo deben ser un verdadero intercambio, también es importante que sea un espacio estructurado, es decir, que puedan tener cabida los distintos aspectos de la vida institucional, el análisis de los casos, el de las dinámicas grupales, la organización de las actividades, sesiones formativas. Hay cosas que tienen que ver con la dinámica de los pacientes y otras con la dinámica institucional.

Especialmente en las unidades mixtas entre Educación y Sanidad, conviene tener muy claro el organigrama funcional para evitar situaciones de disociación y bloqueo.

LF – Sí, de la misma forma que pasa en la sociedad, que cuando una cosa no funciona bien le echas la culpa al otro, por ejemplo el psicólogo a la escuela o la escuela al psicólogo, igualmente puede pasar dentro del HD entre los diferentes profesionales. La supervisión es básica, y tiene que ser alguien de fuera, que no tenga nada que ver con la institución, que no esté dominado por las tensiones que se generan dentro, alguien que pueda lograr que todo el equipo se sienta por igual, y transmitir esa realidad. Puedes tener el mejor hospital del mundo, pero si te falla la enfermera no te sirve para nada. O puedes tener una enfermera estupenda pero que el médico falle en la prescripción. En el HD esto es básico porque estás trabajando con muy poca colaboración por parte de este tipo de paciente en ese momento vital que está atravesando.

DC – ¿Supervisión de casos o institucional?

LF – Las dos. Pero es que con los casos se ve cómo funciona toda la institución, porque cuando se presenta un caso, todo el mundo cuenta cómo lo está viviendo desde su disciplina y entonces se hace un trabajo interdisciplinar. Y se organiza y se alivia a la persona que lo trae y todo el mundo se hace cargo de ese caso, y luego eso se generaliza y se aprende a trabajar así.

DC – Sabes que a veces se hacían supervisiones únicamente institucionales, lo que se veía con mucha reticencia por parte de la organización a la que pertenecía el HD.

LF – Sí, exacto. De hecho yo esto no lo he hecho, no sé hacerlo, siempre trabajo sobre casos. Igualmente, las instituciones siempre son muy suspicaces con las supervisiones, en la medida que alguien viene de fuera y que no saben lo que está pasando. Salvo excepciones que a mí me han pasado, siempre hay una sospecha, que pienso natural, porque la institución siempre tiene que controlarlo todo.

DC – Aquí es fundamental tener una jefatura que defienda este modelo. No siempre se entiende bien la necesidad de poder reflexionar sobre la práctica y las vivencias que genera, y no poder pensar se acaba pagando. Si no cuentas con la figura del supervisor tienes que buscar que al menos se preserven espacios de pensar en común.

LF - Es que además es una figura que existe en todas las disciplinas, tener a alguien ajeno a la asistencia

directa, que observa e indica posibilidades. En términos vulgares se llama consultar o asesorar.

DC – Claro, no debiera ser algo extraño. Además, el tipo de intervenciones que vas a hacer en un HD son muy distintas a las que harías en una psicoterapia individual con un setting establecido, requiere ser muy flexible.

LF – Cuentas con toda una estructura que te permite aplicar tu disciplina en casos en que probablemente no se podría, como el chico que no iría nunca más a una escuela y sin embargo se le está dando clase en el HD, o que no vendría nunca a hablar contigo al despacho pero estás pudiendo realizar otro tipo de intervenciones terapéuticas. Es una doble función, por un lado puedes aplicar tu disciplina en esas situaciones, y al mismo tiempo estás contenido tú por toda la estructura hospitalaria, por ejemplo, si después de hablar contigo ha habido un conflicto se puede retomar sin poner en peligro la continuidad de tu espacio.

DC – Es muy importante que le puedas transmitir al equipo tu comprensión del paciente, pero a la vez hay que ir con cuidado con mantener cierta intimidad.

LF – Hay que informar al equipo de todo lo que este puede comprender y le puede beneficiar, pero no lo que te ha confiado únicamente a ti.

DC – Hay pacientes que por sus disociaciones despiertan sentimientos contrapuestos entre diferentes profesionales.

LF – Sí, hay rivalidades. Y lo importante es que todo el mundo tolere eso, y que sepa que se le está usando con ciertas proyecciones.

DC – Tienes información del paciente que no viene únicamente de lo que te explica, sino de la observación de todo el equipo, y eso está presente en tus intervenciones.

LF – En esto la supervisión es muy útil porque a veces se puede caer en rivalidades, en complicidades, manipulaciones casi: “estáis haciéndole creer algo para que haga una cosa porque os interesa a vosotros que haga esto”, “esto déjame decírselo a mí que conmigo lo va a entender muy bien”. Y lo mismo puede hacer el paciente intentando crear rivalidades entre los profesionales.

DC – En el trabajo en sesiones con pacientes de HD, en ocasiones tienes una profundidad de comunicación importante, pero otras veces tu trabajo, más que lo que pasa dentro de las sesiones, es la comprensión a la que puedes llegar de lo que le pasa al paciente y que transmites al equipo. Quizá más adelante sí estará en condiciones de realizar una psicoterapia, pero ahora

no es eso lo importante y esto incide en el tipo de intervenciones que se hace.

LF – Entiendo. Yo he supervisado a los terapeutas dentro del HD, no solamente he supervisado al grupo, sino también sólo a los terapeutas. Hay una cosa que es interesante, y es que la terapia sea histórica, que no sea una terapia dirigida sólo a que mejoren las relaciones dentro del HD, lo que puede venir inducido porque te habla de conflictos que tiene con otros pacientes o profesionales, sino que también hay que ir más a aspectos individuales, de él.

DC – ¿Recuperar su historia?

LF – Exacto, poder trasladar el material que te traiga sobre cosas del HD a su propia historia, ya que el objetivo no es que se adapte al entorno del HD, como a veces puede suceder por las problemas que crea dentro.

DC – Claret comenta la importancia de la parte creativa, como un movimiento que a veces precede a la comprensión, es decir, que el adolescente a veces vive cosas que después las situará en su psiquismo,

pero que no siempre lo va a comprender todo, o al menos no en ese momento. Hay algo bio-psico-social en estado naciente, todavía no está todo desarrollado o estructurado. Aquí es crucial la distancia adecuada que tengas con el adolescente para ayudarlo a sostenerse en las paradojas en que se mueve, como describe tan bien Jeammet. Tienes muy presentes aspectos de su funcionamiento que precisamente no le vas a explicitar. Sería un error intervenir como si estuvieses en una psicoterapia clásica, como a veces he visto que se intenta, es otro tipo de setting.

LF – Porque tú estás dentro también y a la vez estás participando, te están viendo hablar con otros chicos, te están viendo que haces terapia con otros, no es que lo imaginan. Y se hablan entre ellos: “¿has estado con tu terapeuta?, ¿qué te ha dicho?” Estás allí.

DC - Estoy completamente de acuerdo. Muchas gracias por tu colaboración.

LF – Ya sabéis que siempre podéis contar conmigo.