

# Factores y posibilidades terapéuticas en hospitalización parcial para adolescentes

ALBERT CHAMORRO S<sup>1.A</sup>, EMPAR MURGUI M<sup>2.A</sup>, CARMEN SUBIRÁ G<sup>3.A</sup>,  
ANNA CODERCH B<sup>4.A</sup>, LAURA MARTÍN<sup>2.B</sup>, LLORENÇ MARCH<sup>5.A</sup>

## RESUMEN

El artículo pretende hacer un análisis de las posibilidades terapéuticas que ofrecen los hospitales de día para adolescentes, atendiendo a una dimensión cualitativa inherente a su estructura. En este sentido, veremos cómo se abren grandes posibilidades de trabajo frente a los tratamientos tradicionales, ya sean de tipo cognitivo-conductual, psicodinámico o sistémico. La terapéutica institucional no solo supone la posibilidad de trabajar de manera interdisciplinar e intensiva, sino que también permite vivenciar una experiencia emocional correctora diferenciada de lo que el adolescente repite en su familia y en sus relaciones de objeto interno. Además, si tenemos presente una posible focalización terapéutica institucional articulada con los objetivos terapéuticos individuales y familiares, veremos cómo se amplían todavía más estas posibilidades. PALABRAS CLAVE: hospital de día, adolescentes, terapia Institucional, redundancia.

## ABSTRACT

THE THERAPEUTIC POTENTIAL OF ADOLESCENT DAY HOSPITALS. This paper reflects on the therapeutic potential of adolescent day hospitals by focusing on the qualitative features of its particular structure. In a facility of this sort, new opportunities and possibilities of treatment are opened compared to traditional methods such as behavioural, cognitive, psychoanalytical or systemic therapy. Institutional therapeutics, in addition to working in an interdisciplinary and intensive manner, enables the teenager to experience a corrective emotional experience which differs from what he/she repeats in his/her family and internal object relations. A focalized institutional therapeutic intervention, articulated together with individual and family therapeutic objectives, can enhance the therapeutic possibilities of adolescent day hospitals even more. KEY WORDS: day hospital, adolescents, institutional therapy, redundancy.

## RESUM

FACTORS I POSSIBILITATS TERAPÈUTIQUES EN HOSPITALITZACIÓ PARCIAL PER A ADOLESCENTS. L'article pretén fer una anàlisi de les possibilitats terapèutiques que ofereixen els hospitals de dia per a adolescents, des del punt de vista d'una dimensió qualitativa inherent a la seva estructura. Així, veurem com s'obren grans possibilitats de treball que s'oposen als tractaments tradicionals, ja siguin de caire cognitivoconductual, psicodinàmic o sistèmic. La terapèutica institucional no només suposa poder treballar de manera interdisciplinària i intensiva, sinó que també permet viure una experiència emocional correctora diferenciada del que l'adolescent repeteix en la seva família i en les seves relacions d'objecte intern. També, si tenim present una possible focalització terapèutica institucional articulada amb els objectius terapèutics individuals i familiars, trobarem com s'amplien encara més aquestes possibilitats. PARAULES CLAU: hospital de dia, adolescents, teràpia institucional, redundància.

## Atención biopsicosocial y composición del equipo. Funcionamiento interdisciplinar

En la actualidad se sigue señalando la necesidad de

entender al paciente desde una perspectiva biopsicosocial y el primer paso para ello es la composición de un equipo que permita poner en práctica este modo de comprender la clínica. En el caso de los adolescen-

1. Psicólogo clínico; 2. Médico psiquiatra; 3. Trabajadora social; 4. Terapeuta ocupacional; 5. Médico.

A. Hospital de día para adolescentes del Centre d'Higiene Mental de les Corts i Sant Gervasi de Barcelona. B. Hospital Universitario Río Ortega de Valladolid.

Correspondencia: albert.chamorro@chmcorts.com

tes, además, se hace imprescindible mantener la escolaridad. De este modo, médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, educadores sociales, trabajadores sociales, enfermeros psiquiátricos, terapeutas ocupacionales y profesores, serán profesionales que, trabajando juntos, podrán crear estrategias desde sus diferentes posiciones de conocimiento y consensuarlas en un proyecto terapéutico individualizado (PTI) para lograr unos objetivos comunes. Únicamente la composición pluridisciplinar permite un conjunto de intervenciones específicas que ayudan al progreso, pues permite combinar diversos sistemas terapéuticos; por ejemplo, en un chico que presenta déficit de atención que dificulta el rendimiento y la convivencia en la escuela.

La exploración diagnóstica, desde su sentido amplio, permite detectar una serie de dificultades y plantear un proyecto terapéutico interdisciplinar. Siguiendo con el ejemplo anterior, el psicólogo clínico focalizaría en la *mentalización* de los aspectos cotidianos (Calatroni, 1998) que contribuyen a generar esta conducta de descarga constante que impide una vida normal. A través del préstamo del preconscious, en el sentido de la escuela de psicósomática de París, el terapeuta “deja” al paciente una serie de representaciones emocionales, que irán desde el procesamiento más primario hasta los diversos grados de secundarización posibles, según su estado y su respuesta (Marty, 1980). Por otro lado, el terapeuta ocupacional podría proponer un trabajo en tareas de atención y concentración, el enfermero educarle en la toma de medicación y aplicar una relajación tipo Jacobson o Schultz para disminuir su ansiedad (Stokvis, Wiesenhütter, 1983; Jacobson, 1994) y el psiquiatra prescribir metilfenidato y controlar la dosis terapéutica a partir de la observación directa del equipo tratante. Además, el educador le ayudaría a localizar y cambiar conductas disruptivas en un grupo de entrenamiento en habilidades sociales (Boisvert, Beaudry, 1979; Langberg, Epstein, Graham, 2008; Coleman, 2008; Fensterheim, Baer, 1990). Complementando estas intervenciones, el trabajador social, el psicólogo clínico o el psiquiatra podrían efectuar una terapia familiar centrada en el decrecimiento de los aspectos abandonicos de la familia, característica principal por la que el chico carece de límites y se ve obligado a asumir responsabilidades en aspectos que no le corresponden por edad.

Acabamos de ejemplificar el modelo de trabajo interdisciplinar en un hospital de día (HD), que supone un salto cualitativo respecto a lo que podemos hacer desde

una atención ambulatoria. Se trata de una labor sobre un eje transversal que atraviesa a todo el equipo: las tareas diferenciadas de los distintos profesionales del dispositivo se agrupan para llegar a un objetivo común. El paciente no sólo narra lo que le ocurre o es narrado por su familia o profesores -como en la atención ambulatoria-, sino que lo vive en el hospital de día. Parte de lo que pasa se da allí. El escenario vital coincide en parte con el escenario psicoterapéutico.

### El equipo como escenario vital y psicoterapéutico

La experiencia clínica nos muestra cómo muchas de las medidas terapéuticas que se aplican a algún tipo de patologías pueden llegar a estancarse. Esto ocurre con frecuencia en los pacientes adolescentes, ya que se trata de un rango de edad en la que el desarrollo aún está en marcha. Pensemos en un caso: un chico presenta un cuadro de fobia escolar, a la vez que una situación de colusión con unos padres con dificultades ante sus movimientos de individuación y de separación del núcleo familiar. Imaginemos que se inicia un tratamiento individual clásico de tipo cognitivo-conductual. Si se efectúa con seriedad, se realizará un análisis funcional de la conducta, es decir, una “recogida objetiva de los hechos” para pasar a su “organización en un sistema que permita, a través de las teorías existentes o la imaginación creativa del terapeuta, situarlos en una hipótesis de trabajo coherente” (Fontaine, Cottraux, Ladouceur, 1984). Así las cosas, se detectaría esa colusión con los padres y se podrían prescribir, por un lado, tratamiento familiar y, por otro, tratamiento individual del paciente con técnicas de exposición progresiva, como podría ser una desensibilización sistemática (Turner, 1991; Borda, 1995). A pesar de todas estas bien indicadas iniciativas, y por mucho que se utilicen coterapeutas o agentes del cambio, la exposición *in vivo* (Meichenbaum, 1987) inherente al tratamiento ambulatorio suele complicar mucho la cuestión, por factores como la reacción del ambiente escolar al tratamiento del chico o la distancia entre el terapeuta y la escuela.

Dificultades como éstas aparecen con menor intensidad en el HD. El hecho de que sea escenario vital y escenario psicoterapéutico facilita mucho las cosas. Bien es cierto que, según nuestra experiencia, los cuadros de fobia escolar suelen generalizarse rápidamente en un ambiente como el del hospital de día. Esto es, suele aparecer “fobia hospitalaria” desde el primer momento.

La diferencia estriba en que el chico puede ser recibido por su terapeuta, como en la escuela por su tutor, pero aquí, además, se iniciaría un tratamiento individual, y un contacto progresivo con su educador referente, para que el chico adquiriera confianza y éste pueda llegar a convertirse en un agente del cambio u objeto contrafóbico. Paralelamente, se trabaja con la familia desde el primer día, para que apoye los progresos del paciente y se eviten realidades como la de quedarse todos en casa porque el chico está nervioso. El hecho de trabajar en un marco hospitalario es definitivo desde el punto de vista de esta contención. A medida que pasa el tiempo, se consigue un acercamiento escalonado al grupo (comité de acogida) y al resto de profesionales (técnicas de relajación de enfermería, farmacoterapia), a la vez que se puede ir profundizando paulatinamente en los síntomas (discusión de ideas irracionales). La convivencia, la actividad en el marco grupal y la incorporación al grupo-clase del HD facilitarán un afrontamiento in vivo de la situación temida y, como ya es clásico desde Wolpe, la *inhibición recíproca* seguramente hará disminuir la ansiedad a acercarse al instituto o a la escuela (Wolpe, 1976). A menudo estas aproximaciones son factibles, e incluso bastante rápidas si la intensidad del tratamiento de hospitalización parcial es suficiente y se puede reiniciar tempranamente la escolarización (comenzando de modo compartido con el HD y disminuyendo las horas de hospitalización a favor del colegio hasta el alta).

Encontraríamos otro caso práctico en el manejo de un estado depresivo. Los clínicos, y también los del hospital de día, tenderíamos a aplicar tratamientos clásicos, como la farmacoterapia antidepresiva o focalizar en las distorsiones cognitivas y discutir las ideas irracionales en una terapia racional-emotiva clásica, tipo Ellis, Beck o similar (Ellis, Russell, 1981; Beck, 1996). Hasta aquí estaríamos en el ámbito de los tratamientos convencionales, “con los pies en la sesión”. Ahora bien, si nos situamos en el escenario vital que conforma el HD, descubrimos que gran parte de las construcciones y vivencias depresivas van a suceder *junto al despacho del psicoterapeuta, es decir, en el marco vivencial del hospital*, por lo que en ese medio se abren muchas posibilidades psicoterapéuticas. Aquí suele y debe ocurrir que la terapia tienda a “sacar sus patitas” de los despachos para dirigirse a todo el entramado hospitalario. Es ahí donde encontraremos a terapeutas ocupacionales, enfermeros psiquiátricos y educadores, o *profesionales de atención directa* (PAD). Además, su posición les sitúa en un lugar estratégico

para observar las áreas de interés de los pacientes y su desarrollo a través de los talleres. Este modo de abordaje terapéutico, que se acerca a lo que suele llamarse clásicamente como terapia “lewinsohniana” (Lewinsohn, Graf, 1973), abre, a su vez, claras perspectivas en la orientación vocacional de los chicos, ayudando a la orientación educativa y laboral como una herramienta más frente a los avatares de la adolescencia problemática. Espacio terapéutico, vivencial y de aprendizaje, forman un bucle dinámico y en movimiento que queda enmarcado por el dispositivo. En el caso que comentamos, el terapeuta puede dar un paso más focalizando el funcionamiento depresivo del paciente en ese espacio vivencial del día a día gracias a la labor de los PAD, que pueden incidir *in situ* sobre las distorsiones cognitivas del paciente. Con esta vuelta de tuerca se consigue devolver al paciente *una visión diferente* de lo que hace, a través de una lectura nueva de sus acciones.

Un HD podría ser, y creemos que debería ser, conceptualizado como un dispositivo de intervención intensiva en la adolescencia que no representa únicamente un lugar donde el paciente se entretiene durante muchas horas (modelo de guardería) para repetir absurdamente lo que sucede en otros espacios, si no que se definiría funcionalmente en base a un conjunto de *acciones interdisciplinarias* con una serie de *objetivos terapéuticos* para ayudar al paciente adolescente a desbloquear el movimiento progresivo hacia la vida adulta. Por lo demás, cabe señalar que esta transversalidad de la que hablamos se torna mucho más completa cuando el equipo hace resonancia del despliegue del *sistema relacional* del paciente para dar una respuesta comprensiva a lo que él mueve en el otro.

Hasta ahora, hemos ejemplificado nuestra reflexión con casos que no presentan una gravedad psicopatológica clara. Cabría la duda de si son tributarios o no de derivación al HD -y la misma duda aparece con algunos casos graves-. Hablaremos de los criterios de derivación en la conclusión del artículo. Consideramos que, justamente, entender el trabajo que se puede hacer desde hospitalización parcial va a facilitar la comprensión de las posibilidades de derivación de casos.

### El hospital de día como escenario vital y psicoterapéutico

El HD permite la observación, el estudio y la respuesta terapéutica desde dos frentes indisociables. Por

un lado, el del psicoterapeuta referente en las sesiones de psicoterapia y, por otro, el de los PAD en el espacio que constituye el dispositivo como reflejo de lo vivido día a día, de su relación con el grupo y con sus pares, factores fundamentales en el abordaje de los adolescentes.

En este sentido, el HD puede ser imaginado como un escenario psicodramático, donde se actúa y donde el equipo *capta aspectos del chico que no podrían verse en sesión individual*. Esto implica una riqueza observacional y terapéutica únicas, puesto que se trata de un escenario terapéutico que, al mismo tiempo, se constituye como realidad interactiva y de relación de objeto.

En adolescentes, donde, en terminología bioniana, encontramos abundantes elementos  $\beta$  (Bion, 1962), que se juegan en el ámbito de lo relacional y no en las sesiones, esta estructura de dispositivos es fundamental para contenerlos y transformarlos en elementos pensables y no actuados. Presentamos el caso de un chico que, en colusión con la familia, tiende a ocupar el lugar del adulto y que se hace expulsar de todas partes por una actitud arrogante, dictatorial, desobediente e invasiva pero sin presentar una psicopatía estructural. En el HD no sólo se trabaja la colusión familiar e individualmente con el niño, sino que además el equipo de profesionales de atención directa (PAD) potencia un enfoque educativo y, sobre todo, de comprensión de su funcionamiento mental, resultando una respuesta diferente a la repetida previa al ingreso. Por tanto, si dice: “Esto de que María coincida con Ana no puede ser, porque no la trata bien, hay que cambiar su horario; y yo, por cierto, sólo vendré los lunes porque me conviene más, y calla y hazme caso porque al final me enfadaré”, el PAD, desde su formación profesional y madurez personal, así como desde la contención y reflexión del resto del equipo, puede dar una respuesta diferente a la que el chico está acostumbrado. Réplicas del tipo: “Sal fuera de clase”, “Calla tú”, “¿Cómo que no nos ocupamos?” o “¿Pero tú quién te piensas que eres?”, son dadas fundamentalmente desde la actuación (en este caso probablemente desde la irritación) y tienden a *augmentar el círculo actuación del chico - actuación del profesional*, en una clara y clásica escalada simétrica (Watzlawick, Beavin, 1967) que seguramente se ha ido repitiendo en la mayoría de instituciones que el chico ha frecuentado (una escuela, otra escuela, el equipo de fútbol, el aula de música, etc.), generando malestar, a menudo impensable para el chico, pero malestar en elementos beta. En cambio,

desde el proyecto terapéutico individualizado se elabora una estrategia en la que se puede dar una respuesta diferente y otra lectura de la situación; el PAD *saldrá del escenario vital* para pasar al *terapéutico*, transformándose en el portavoz (y a la vez, repensador) de lo que el equipo ya ha entendido, ayudando al chico a comprender qué le mueve a él, y qué mueve en el otro. Podría decir, por ejemplo: “Ah, Pere, ¿ahora tú eres yo?”, “¿Ahora eres Albert y te ocupas de los pacientes?”, “¿Quieres organizar y mandar tú en el hospital?” o “Y si tú haces de mí, ¿entonces quién hará de tí?”. Esta traducción de la conducta en reflexión terapéutica es una posibilidad fundamental de nuestro dispositivo. Alguna vez esto ha comportado dificultades ya que se ha confundido comprender por qué pasa lo que pasa con permitir la falta de límites, otra cuestión fundamental en la práctica con adolescentes.

La idea sería que hay que darle al chico el espacio de reflexión, para que entienda qué hace cuando quiere mandar, organizar, saltarse las diferencias de generación y status, y qué mueve en los otros cuando lo hace. Consiste en establecer un equilibrio: a la vez que se mantiene una posición comprensiva, debe quedar claro que no se le dejará seguir con esa actitud. En todo caso se puede ser permisivo a modo de *juego psicodramático*, bajo el precepto de que los juegos se acaban en la realidad, cuando la realidad marca que se trataba de un juego. En términos analíticos, nos moveríamos en términos de castración (Doron; Parot, 1991); es decir, tú no ocupas este lugar, y por lo tanto yo no te dejo. No olvidemos, además, la importancia terapéutica de señalar las consecuencias que, en la realidad, implican posiciones tan negativistas como las que venía tomando; por ejemplo, “esto, en el instituto de enseñanza secundaria, podría ser causa de una sanción, ¿no?”.

De este modo, se comprende que el encaje entre la parte terapéutica y la parte educativa del tratamiento institucional de hospitalización parcial suele ser muy complejo. Si bien a veces resulta muy clara la frontera entre lo permisible y lo intolerable, otras no es tan fácil conducir nuestras decisiones, pues éstas tienen efectos directos sobre una encrucijada de variables que afectan a la relación terapéutica y al éxito del tratamiento. Éstas son, entre otras, la vinculación del paciente con el dispositivo, la respuesta de la familia, el momento grupal configurado por el resto de pacientes, la estabilidad psicopatológica del chico y la capacidad de contención de los profesionales. Por ejemplo, las normas del centro

no permiten el uso de *walkman*, sin embargo la actitud del equipo será diferente si un chico hace un uso psicopático y provocador de estos reproductores o si lo hace con el fin de tranquilizarse ante un aumento de la intensidad de las alucinaciones auditivas.

En otro orden de cosas, el tratamiento por el trato que se describe guarda relación con aquello que la *psicoterapia institucional* conceptuó como campo transferencial múltiple o transfer institucional (Tosquelles, 1993). A diferencia de lo que ocurre en un tratamiento psicoterapéutico tradicional, el paciente no se vincula sólo a la figura del terapeuta sino a un grupo de personas sobre las que *despliega su sistema relacional*. La organización de nuestro HD denomina a un clínico (psicólogo clínico o psiquiatra) y a un PAD (educador social, enfermero, terapeuta ocupacional y a veces también trabajador social) como referentes del chico, pero sin olvidar que éste circula por diversos espacios, como talleres o grupos psicoterapéuticos, de los que se encargan otros profesionales y que en todos se establece el denominador común de la escucha y del despliegue relacional. Se entiende, pues, que el adolescente establezca una red relacional compleja con todos los miembros del equipo, y que vaya depositando aspectos suyos en cada uno de ellos.

La observación de enfermos mentales graves, permitió a la psicoterapia institucional (Tosquelles, 1969; Oury, 1984), comprobar cómo mejoraba la comprensión del funcionamiento de estos pacientes, provistos de mecanismos de defensa arcaicos propios de “relaciones de objeto parcial” (Klein, 1988), atendiendo al despliegue del campo transferencial en relación a los diferentes miembros del equipo en lugar de a un único profesional. Esta formulación es tan útil en instituciones de rehabilitación comunitaria (Chamorro, 2003) como en hospitalización parcial de adolescentes. En estos dispositivos, la transferencia con los distintos trabajadores permite proporcionar experiencias emocionales correctoras, pues el tipo de asistencia facilita la respuesta triangular del equipo a adolescentes que, en la mayoría de los casos, se encuentran atrapados en relaciones duales fruto de la disfunción familiar o de su propia patología. En este tipo de abordajes, los enfoques psicoanalítico y sistémico suelen ser muy útiles, ya que ayudan a entender los momentos evolutivos del chico, en qué niveles de funcionamiento mental y relacional se sitúa (Abraham, ed.1986; Freud, 1905), los mecanismos de defensa que se ponen en juego, los movimientos normales o patológicos de regresión y

progresión, así como el concepto de repetición del funcionamiento mental y relacional cuando no se pueden elaborar las cosas (Freud, 1914; Marucco, 2008).

Ante la tradicional construcción de elaborar (mentalmente) para no repetir (en el pensamiento, en las emociones o en la conducta), en el espacio de hospitalización parcial el chico repite, pero la respuesta del equipo, a diferencia de otros dispositivos, permite en general que la repetición de la jugada no sea exacta. Porque ese actuar que es *acting out* en relación a la terapia, se puede convertir en *acting in* en relación al *setting* hospitalario, lo que traduce que un pasaje al acto puede llegar a ser un pasaje por el acto, un comportamiento susceptible de ser leído por el equipo y, por tanto, reexplicado, traducido y, finalmente, integrado por el paciente. Así las cosas, la proyección psicótica o *eyeción*, en terminología de Sami-Ali (1984), tendería a ser reintroyectada por la configuración del sistema hospitalario. Allí donde el funcionamiento mental no llegaba, la institución aparece como un escenario psicodramático donde puede suceder todo aquello que, correctamente leído desde el equipo, que en términos psicodinámicos, representaría una especie de *escena primaria*, traduce cómo se maneja realmente el chico en su interior. De este modo, se pueden devolver al adolescente gran cantidad de elementos que le ayuden en la comprensión de sí mismo, reduciendo la disociación entre conducta y pensamiento que actuaba a favor de la repetición que le trajo al dispositivo.

La riqueza de la intervención en HD estriba en que el adolescente se encuentra con diversos profesionales que le ofrecen unas posibilidades identificatorias variadas y le dan respuestas diferentes a las que está acostumbrado o, como diría José Leal, que le “descolocan”. En definitiva, el eje transversal permite comprender al paciente de una forma más global y, al mismo tiempo, extender el campo de devolución psicoterapéutica por los diversos espacios y campos de palabra de la institución.

### Focalización terapéutica: paralelismos y complementariedad entre la focalización terapéutica individual, familiar e institucional

La terapéutica institucional cobra todo su esplendor con nuestros pacientes jóvenes, pues vemos cómo los patrones funcionales y disfuncionales de interacción familiar tienden a reproducirse en el escenario vital que

constituye el HD. Tiene su lógica: el niño reproduce lo que ha vivido y lo que ha vivido pasa por su tamiz vivencial-perceptivo, pero también por la realidad interactiva con su familia.

El rigor que permite una intervención en psicoterapia institucional va mucho más allá de confiar en el buen hacer del profesional de atención directa. Se puede aspirar a la focalización terapéutica, algo que se explicaría como un método para “remar contra corriente”; es decir, diferenciarse explícitamente y de manera dirigida, en la medida de lo posible, de lo negativo que el chico está acostumbrado a vivir. Un ejemplo de focalización terapéutica sería remar contra corriente en una triangulación histórica maligna con importante confusión generacional (que incluiría la presencia de terceros perturbadores con alianzas y coalizaciones transgeneracionales). Se trata de una chica que vive en casa de sus abuelos, de los que toda la segunda generación ha sido incapaz de separarse. La casa es un farrago de tíos, tías y primos de la paciente que entran y salen sin ningún orden. La madre, psicótica compensada, ha vivido intermitentemente con los abuelos, pero en la actualidad reside con su pareja. En esa casa, todos mandan pero ninguno triangula, así que, como dice la misma paciente, “siempre acabo haciendo lo que quiero”. El grado de confusión es enorme, hasta el punto de que son incapaces de amaestrar en el más simple condicionamiento pavloviano o skinneriano a su propio perro, mascota que siempre es el objeto de la “compasión” de alguno, que le refuerza inadecuadamente cuando otro intenta educarlo. La adolescente que tratamos tiende a querer ocupar el lugar de los adultos de manera habitual, sea en casa, en el instituto o con sus pares. Con buenas formas y educación, ingresa en el HD con la misma actitud: quiere imponer su horario y da órdenes a algunos compañeros. Repite, por tanto, una política de coalizaciones donde el tercero existe, pero para ser criticado y excluido. Se inventa un lenguaje común con otra paciente para hablar delante de los demás sin que se las entienda. Nuestro papel comienza, entonces, focalizando terapéuticamente en la confusión generacional y la triangulación histórica. En la psicoterapia individual se le van señalando todas las cuestiones que la chica entiende, pero que sigue haciendo. En la terapia familiar se intenta evitar este desajuste organizativo, aunque progresar en este ámbito resultará complicado.

En la terapia institucional, es decir, en lo vivido en el hospital, se focaliza más específicamente en la

confusión y lo triangular. Ahí las cosas sí cambian, puesto que no sólo se le señala lo que está pasando, sino que se pone todo el entramado relacional en acción con especial esmero para que la chica viva una diferenciación y triangulación correctas. “A mí me parece bien, pero lo tendremos que consultar con..., a ver cómo lo ve”. Ella, por su parte, se queja al terapeuta individual de que sus terapeutas familiares “no se enteran”, a los educadores les da a entender que al terapeuta individual “se le puede mentir” y, a su vez, a éste le reprocha la ineficacia de los educadores. En definitiva, repite para buscar una respuesta similar a la que encontraría en la familia. Pero no la encuentra. Todo esto empieza a pararla, frena la caracterización de un posible pasaje al acto y lo transforma en un pasaje por el acto, algo metabolizable y, por tanto, con posibilidades de ser corregido. Este tipo de intervenciones son las exclusivas de un dispositivo de hospitalización parcial: lo vivido lleva a lo terapéutico y viceversa.

Ya señalaba Salvador Minuchin en *La locura y las instituciones* (1997) que los sistemas sociales tienden a reorganizarse excluyendo al paciente. Nuestro planteamiento de abordaje integral de los adolescentes surge para evitar este tipo de desprendimientos del medio social y tal es uno de los objetivos de las terapias familiares, de los espacios compartidos con los centros de enseñanza y de promoción de actividades dentro de la comunidad.

Por otro lado, el trabajo con las familias se hace imprescindible si queremos alcanzar un moderado éxito terapéutico. Resulta frecuente encontrar modelos de familias abandonicas que, en el mejor de los casos, delegan la responsabilidad sobre el adolescente al hospital. En este punto, nuestra labor consiste en volver a situarlos en su posición de padres y restaurar sus funciones de educación, protección, cuidado y establecimiento de límites a sus hijos. En definitiva, debemos conseguir que se hagan cargo de lo que les corresponde. En este sentido, uno de los principales aportes al método de la terapia familiar ha sido el concepto multipersonal o sistémico derivado de la teoría motivacional. Según éste, el individuo es una entidad psicobiológica dispar cuyas reacciones están motivadas tanto por su propia psicología como por las reglas que rigen el sistema familiar. Por sistema se entiende el conjunto de unidades caracterizadas por su dependencia mutua, luego las funciones psíquicas de cada miembro del sistema familiar condicionarán las de los demás (Boszormenyi-Nagy,

1973). En otras palabras, la dinámica de su núcleo familiar configurará parte del orden humano básico de cada individuo.

Estas reflexiones son de gran utilidad a la hora de planificar el tratamiento con las familias, pues nos damos cuenta de que la mayor parte de las teorías psicopatológicas y psicológicas actuales se estructuran en términos individualistas que debemos ampliar para abarcar el contexto de las dimensiones motivacionales de los sistemas familiares (Boszormenyi-Nagy, 1973).

El cometido del HD respecto a las familias forma parte de una labor amplia que abarca desde las necesidades terapéuticas de la propia familia al apoyo en un momento vital complicado. En esta línea se encuentran, por ejemplo, intervenciones psicopedagógicas para orientar hacia el difícil mantenimiento del equilibrio entre la protección de los chicos y el establecimiento de normas, por un lado, y la promoción de elementos para favorecer su diferenciación e independencia, por otro. Este método, sin embargo, no deja de encontrar dificultades a la hora de llevarse a cabo. Por presentar una de ellas, hablaremos de lo que ocurría en las terapias de una extensa familia con la que trabajábamos dentro del proyecto de una joven paciente ingresada en nuestro hospital. Los familiares explicaban que la paciente, de pequeña, no se comportaba del mismo modo. Planteaban el cambio como algo negativo que iba en contra de todos ellos. En realidad, la señalaban como único elemento disruptivo del orden familiar, origen de todos los conflictos y dificultades con las que ahora se debían enfrentar. Estos argumentos motivaron que los terapeutas comenzaran por desmitificar esta nueva faceta de la adolescente como algo peligroso, enfermo y maligno, y que la responsabilidad de su encauzamiento no delegara únicamente en ella, sino en todo el grupo. Sólo así pudimos reencuadrar los acuerdos dentro del sistema familiar para el manejo de la adolescente desde una perspectiva normalizadora, de forma que todos cumplieren de forma constante y coherente. Con el tiempo, las sesiones transcurrían de un modo más ordenado y se pudo dar un sentido positivo a los movimientos de independización de la paciente dentro de las normas que allí se iban estableciendo. Se comprobó que el beneficio terapéutico se extendió hacia la joven y a la convivencia familiar, pero también a la vida relacional de la chica en el hospital, cosa que pudo ser recogida y metabolizada con ella a nivel de su terapia individual.

El modelo sistémico estructural resulta de gran

utilidad en muchos casos. Ayuda a establecer adecuadamente los límites dentro del sistema familiar, es decir, favorece que los padres hagan de padres y evita que se responsabilice a los adolescentes de aspectos que no les corresponden ni por posición ni por edad. Por eso siempre tendemos a trabajar con la pareja, aunque estén separados, porque son ellos los que deben acotar las normas sobre sus hijos, hacérselas comprender y asegurarse unánimemente de que se cumplen.

Las dificultades no son pocas en esta empresa. Bermang (1995) señalaba que cuanto más grave y crónico es un síntoma, más resistente será la familia al cambio. Vemos, así, que los asuntos no resueltos entre los padres y con sus propios padres (abuelos del chico) pueden impedir directamente el crecimiento emocional y la independencia de la tercera generación, conformándose un grupo familiar patológico e inicialmente refractario a las intervenciones. También es frecuente encontrar padres insatisfechos que desplazan hacia los hijos demandas emocionales que corresponderían a la pareja. Esta violación de límites generacionales, reflejada en la simbiosis entre un padre y un hijo, puede suponer una intensa ansiedad tipo pánico que, con la proclividad al incesto como telón moral de fondo, puede facilitar graves problemas de identidad en el adolescente. Algo que a ningún clínico dejará de empezar “a oler” a psicosis. Todo esto parece tener relación con la problemática interrelacional e identitaria de los progenitores, generalmente inconsciente, heredada de sus propias familias y agravada tras el establecimiento de la pareja (Alanen, 1997).

Volviendo a las parcelas que configuran la terapia familiar, la experiencia sugiere que algunas de las razones por las que funciona es para dotar de un nuevo lenguaje y, por tanto, de respuesta y significado a sus problemas. Además, esto se realiza desde un estudio individual de sus dinámicas.

Del mismo modo, las emociones y pensamiento de los terapeutas son aprovechados como herramienta que facilita la intervención. Utilizamos tanto el enfoque estructural y estrategias de Haley (1993), como el trabajo de duelo y del dolor de Norman Paul y Monica Mc Goldrick (2003), o el enfoque estratégico de Cloe Madanes y Haley (1993). También tenemos en cuenta los modelos narrativos que Packman (1999) desarrolla, dentro del movimiento del constructivismo social. En este sentido, partimos de la relación del individuo con el discurso y las emociones para trasladarla al escenario terapéutico. No sólo al de la terapia familiar: desde éste, a la

reflexión en el equipo, a las redundancias que se producen en el hospital y también al psicoterapeuta individual responsable del caso. Sabemos que “las conversaciones suceden entre las personas” y que las emociones, como fenómeno biosocial, sólo tienen sentido en sociedad. De ahí que sólo triangulando a los individuos con sus emociones y su lenguaje expresado se puedan llegar a modificar aspectos como éste. Creemos que estos argumentos desde el constructivismo social refuerzan aún más ese tratamiento por el trato que defendemos en los distintos escenarios terapéuticos del HD.

En definitiva, intentamos lograr una comprensión diferente de los conflictos y que ésta resulte positiva para los adolescentes y sus familias. Subrayamos las similitudes y no las diferencias entre ellos y nosotros para reforzar y reconocer a la familia como competente y habilitada para el cuidado y progreso del paciente. No hay que olvidar que la mayoría vienen frustrados por el contacto y los fracasos previos en otros dispositivos, e incluso encontramos chicos protegidos por organismos públicos, como la Dirección General de Atención a la Adolescencia y la Infancia (DEGAI). En todos los casos nuestra labor debe estar dirigida a crear un lenguaje de protección y coherencia que recorra toda la red institucional y familiar.

El espectro de circunstancias a las que nos enfrentamos es tan amplio que las técnicas deben adaptarse a cada caso concreto. Debemos ser flexibles según la etapa del ciclo vital de la familia, sus legados culturales o la situación afectiva. No podemos actuar del mismo modo ante una pareja separada, divorciada o recientemente instituida, ante un proceso de duelo o pérdida o ante situaciones de abuso o violencia. Trabajamos con técnicas de intervención estratégica cuando es necesario restaurar la autoridad y la autopercepción de una madre que no se cree capaz de serlo, amplificando todos sus recursos y poniéndola en el centro del éxito o la mejora del chico cuando va progresando en sus responsabilidades, por ejemplo cuando consigue traerlo ante la resistencia inicial del joven.

La técnica estratégica de *bola de nieve* nos ha sido muy útil en diferentes casos para desbloquear el déficit de responsabilidad y la debilidad operativa que tenían algunos de los padres, pues ayuda a modificar relaciones muy establecidas y permite el acercamiento afectivo hacia los hijos. La utilizamos con María, una chica con un trastorno de la conducta alimentaria que estaba poniendo en riesgo su vida de forma alarmante. Al realizar este

tipo de técnica la madre se implicó mejor desde el punto de vista relacional y afectivo, posicionándose como una madre respecto al cuidado y la protección. En definitiva, es evidente la necesidad de trabajar a nivel familiar cuando se trata de un paciente adolescente. Sea a través de la terapia dirigida al cambio con técnicas estructurales, estratégicas o psicoeducativas, sea en las funciones de acompañamiento, escucha y apoyo, las familias precisan de un espacio que la sociedad de las comunicaciones *on-line* y las tecnologías les niega respecto a sus hijos. El trabajo en equipo, a estos efectos, se vuelve imprescindible en tanto que se trata de una mente colectiva capaz de un nivel de autocorrección, autorreflexión y autoobservación que de otro modo sería impensable. Y cuando los miembros son capaces de realizar tareas de supervisión directa, coterapia y alternancia de roles, el conjunto se transforma en una empresa común de relaciones igualitarias y colaborativas, una de las claves de la interacción con adolescentes.

El trabajo con las familias es un pilar esencial de esa mesa de tres patas constituida por la psicoterapia individual, la institucional y la familiar. Desde el PTI de cada paciente, suele producirse una convergencia en las focalizaciones terapéuticas. Por ejemplo, María, de la que hablábamos anteriormente, tiende a repetir su *modus operandi* en la dinámica familiar, en la transferencia individual con su terapeuta, así como en la relación con los educadores, actuando desde la pseudoadultez y provocando una reacción de retirada de las funciones adultas. Desde la reestructuración familiar, la lectura e interpretación en la psicoterapia individual así como en la focalización terapéutica institucional de no actuar esta retirada (“no, María, no, me tienes que dejar ayudarte aunque te parezca que puedes sola”), las probabilidades de éxito terapéutico se multiplican.

### Conclusiones

En nuestro HDA se trabaja de forma multiparadigmática e interdisciplinaria. Es un escenario vital y psicoterapéutico que se extiende por todos los tratantes, por sus familias y por otras instituciones (CRAE-Centros Residenciales de Acción Educativa, institutos, EAIA-Equipo de Atención a la Infancia y la Adolescencia-, EAP- Equipos de Atención Psicopedagógica-, etc.). Las intervenciones son intensivas y coordinadas para dar sentido a la conducta de los adolescentes intentando no redundar en los fallos previos y utilizando un



amplio abanico de técnicas, entre las que, aunque no se haya hecho hincapié especialmente, también se incluirían las farmacológicas. El objetivo es único y común: proporcionar una experiencia emocional correctora a los chicos y chicas, y que ésta sea focalizable.

A nuestro modo de ver, la derivación de los pacientes a nuestro dispositivo debe contemplar todas estas posibilidades terapéuticas que hemos ido desarrollando. En otras palabras, un adolescente susceptible de este tratamiento no es únicamente el que sufre una patología de gravedad psicopatológica indiscutible, como es el caso de una psicosis o de un trastorno bipolar. En los dos primeros apartados, hemos tomado como ejemplos de trabajo en el HD casos con diagnósticos como déficit de atención, fobia escolar o cuadros depresivos. Evidentemente, no todos los chicos afectados por estas patologías son tributarios de hospitalización parcial. Debe de pensarse en derivar cuando existe una gravedad evolutiva; es decir, cuando patologías aparentemente menores se están estancando y bloqueando la evolución natural del chico, a pesar de las intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas (psicoanalíticas, cognitivo-conductuales o sistémicas) que pueden proponerse desde la atención primaria.

Sería el caso de un paciente que deja de ir al instituto, porque le da miedo, y no consigue mantener ninguna enseñanza reglada ni trabajo por este miedo. El chico mantiene sus amigos, sale a veces y toca en una banda de jazz. Parece bastante capaz y “normal”. Después de meses de tratamiento psicoterapéutico, sigue igual. En estos casos, la agilidad y la intensidad de la intervención impiden la existencia de peligrosas esperas con riesgo de evoluciones más graves. En la adolescencia, que pase un año o dos sin que se produzca ningún cambio puede llevar a una evolución tórpida, y los clínicos debemos ser ágiles en estas situaciones. La agilidad depende del profesional clínico de primaria, así como de la habilidad de la atención secundaria para explicar las posibilidades de intervención. Una intervención muy intensiva es posible sólo en secundaria. Muchas veces se demoran las derivaciones porque no se comprende bien el trabajo que se hace en hospitalización parcial. Ello no suele ser el caso en nuestro circuito, pero hemos observado que ocurre a menudo. Se entiende, por omisión, que el HD es un lugar para pacientes muy dañados o que obstaculiza la “normalización” cuando se ignoran no sólo las focalizaciones terapéuticas que justamente lo que hacen es intentar desbloquear las colusiones

antievolutivas desde lo individual, lo institucional y lo familiar, sino también la posibilidad práctica de efectuar una escolarización parcial, balanceando los tiempos entre el hospital y el instituto según el paciente esté en condiciones. También, aunque la patología no sea muy grave, no se tiene en cuenta, muchas veces, que cuando el chico ni se narra ni es narrado con claridad por su familia, el HD se erige en un gran aliado para la clarificación diagnóstica de lo que le pasa. Esperamos que, con este artículo, el lector se haya acercado a la comprensión de nuestro trabajo y, por tanto, a una mejor adecuación en los criterios de derivación, con el fin de mejorar la colaboración asistencial que tanto necesitan estos y estas adolescentes.

## Bibliografía

- ABRAHAM, K (1986). *Le développement de la libido*. Vol 2. France. PBPayot.
- ALANEN, Y (2003). *La Esquizofrenia. Sus orígenes y su Tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Fundación ITEOP. Madrid.
- ALI, S (1984). *Lo visual y lo táctil: ensayo sobre la psicosis y la alergia*. Buenos Aires, Amorrortu.
- ANNELI LARMO (1992). *The Parent's psychosis impact on Family and Children*. Annales Universitatis Turkuensis, Ser. D. Vol 84. Turku.
- BECK, A T (1996). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, DDB.
- BERGMAN (1995). *Pescando barracudas: Pragmática de la terapia sistémica breve*. Barcelona. 2ª reimpresión.
- BION, W R (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires, Paidós.
- BOISVERT, J M; BEAUDRY, M (1979). *S'affirmer et communiquer*. Québec, Les éditions de l'homme.
- BORDA, M. ET AL (1995). La desensibilización sistémica: una revisión teórica sobre la técnica. *Psiquis*. Vol 16, nº 9, 49-56.
- BOSZORMENYI-NAGY (1983). *Lealtades Invisibles*. Buenos Aires, Amorrortu.
- BOWEN, M (1993). La esquizofrenia como fenómeno multigeneracional. En Berger, M. M. (compilador) *Mas allá del doble vínculo*. Paidós Terapia Familiar. Barcelona.
- CALATRONI, M (1998). *Pierre Marty y la psicósomática*. Cap 7. Buenos Aires, Amorrortu.
- CHAMORRO, A (2003). La rehabilitación en los servicios de rehabilitación comunitaria. *Informaciones Psiquiátricas*, Primer trimestre, Nº 171.

COLEMAN, W L (2008). Social competence and friendship formation in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Adolesc Med State Art Rev.* Aug; 19(2):278-99.

DÍAZ-SIBAJA, M. A, TRUJILLO, A Y PERIS-MENCHETA, L (2007). Hospital de día infanto-juvenil: programas de tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 7 (1): 80-99.

DORON, R Y PAROT, F (1991). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, PUF.

ELLIS, A Y RUSSELL, G (1981). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao, DDB.

FENSTERHEIM, H; BAER, J (1990). *No diga sí cuando quiera decir no*. Barcelona, Grijalbo.

FONTAINE, O; COTTRAUX, J. Y LADOUCEUR, R (1984). *Cliniques de thérapie comportementale*. Liège, Pierre Mardaga ed.

FREUD, S (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*. Madrid, Biblioteca Nueva.

FREUD, S (1914). *Recordar, repetir y reelaborar*. España. Amorrortu.

HALEY Y MADANES (1993). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires, Amorrortu 2ª impresión.

JACOBSON, E (1994). *Relajación progresiva*. Barcelona, Paidós.

KLEIN, M (1988). *Envidia y gratitud*. Barcelona, Paidós.

LANGBERG J M, EPSTEIN J N, GRAHAM A J (2008). Organizational-skills interventions in the treatment of ADHD. *Expert Rev Neurother.* 8(10):1549-61.

LEWINSOHN, P M; GRAF, M (1973). Pleasant activities and depression. *J. Cons. clin. Psychol.* 41, 261-268.

MADANES C.(1993). *Sexo, amor y violencia: Estrategias de transformación*. Barcelona. Paidós.

MARTY, P (1980). *L'ordre psychosomatique*. Paris, Payot.

MARUCCO, N C (2008). *Recordar, repetir y elaborar: un desafío para el psicoanálisis actual. Cura analítica y transferencia. De la represión a la desmentida*. Buenos Aires, Amorrortu.

MEICHENBAUM, D (1987). *Manual de inoculación del estrés*. Cap 6. Barcelona, Martínez Roca.

MOSHER Y KEITH (1979). *Research of the Psychosocial treatment of schizophrenia: a summary report to American Journal of Psychiatry*, 136, 623-631.

MINUCHIN S. (1997) *La Locura y las Instituciones*. Barcelona. Gedisa 2ª Edición

NORMAN PAUL Y MC GOLDRICK (2003). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona. Gedisa.

OURY, J (1984). *Psychose, transfert et institutions. Institutions.* 7.

PACKMAN M. (2011). *Palabras que permanecen, palabras por venir*. Barcelona, Gedisa.

STOKVIS, B. Y WIESENHÜTTER, E (1983). *Técnicas relajadoras y de sugestión*. Barcelona, Herder.

TOSQUELLES, F (1993). *L'enseignement de la folie*. France, Privat.

TOSQUELLES, F (1969). Que faut-il entendre par psychothérapie institutionnelle? *Informations psychiatriques.* 45(4).

TURNER, F (1991). La desensibilización sistemática. En Caballo, V E (comp). *Manual de técnicas y modificación de conducta*. Madrid, Siglo XXI.

WATZLAWICK, P Y BEAVIN, J (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, Herder.

WOLPE, J (1976). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao, DDB.