

# Adolescentes en riesgo de psicosis: atención en un hospital de día

ASUNCIÓN SORIANO SALA\*

## RESUMEN

Se describe las características del hospital de día para adolescentes y los elementos terapéuticos del dispositivo. Se define la implicación del equipo en un trabajo de enfoque psicoanalítico, pero matizando como y como no, se tiene en cuenta este marco de referencia, fruto de una adaptación a las necesidades del paciente en riesgo de psicosis. PALABRAS CLAVE: hospital de día, psicosis, equipo interdisciplinar.

## ABSTRACT

ADOLESCENTS AT RISK OF PSYCHOSIS: DAY-HOSPITAL CARE. This paper describes the characteristics and therapeutic elements of the adolescent day-hospital device. The team's involvement within a psychoanalytic therapeutic approach is defined, clarifying how this framework is considered and adapted to the needs of patients at risk of psychosis. KEY WORDS: day-hospital, psychosis, interdisciplinary team.

## RESUM

ADOLESCENTS EN RISC DE PSICOSI: ATENCIÓ EN UN HOSPITAL DE DIA. Es descriuen les característiques de l'hospital de dia per a adolescents i els elements terapèutics del dispositiu. Es defineix la implicació de l'equip en un treball d'enfocament psicoanalític, però matisant com i com no es té en compte aquest marc de referència, fruit d'una adaptació a les necessitats del pacient en risc de psicosis. PRAULES CLAU: hospital de dia, psicosis, equip interdisciplinari.

Trataré de exponer algunos aspectos sobre como integramos las aportaciones del psicoanálisis en el tratamiento de adolescentes en la asistencia pública. Para ello describiré el trabajo en nuestro hospital de día —que atiende pacientes entre 12 y 18 años a tiempo parcial—, junto con unas ilustraciones clínicas. Hay que tener en cuenta que el recorrido de la mayoría de pacientes, antes de ingresar en el centro, es de múltiples fracasos terapéuticos, por lo cual convendría ver que ha sucedido y, de esta forma, encontrar nuevos caminos que hagan posible que el paciente, la familia, la escuela y el equipo compartan una propuesta terapéutica que permita evitar nuevos fracasos y una esperanza de mejoría.

De nuestro trabajo cotidiano se ha seleccionado aquello que nos parece más relevante, sobre todo cuando tratamos a adolescentes con patología grave, algunos

con rasgos claramente psicóticos y otros en riesgo.

## Descripción del hospital de día

Partimos de la base de que todo lo que sucede durante la estancia del adolescente en el hospital ha de contener elementos de salud; por ello decimos que: “la sesión terapéutica se inicia al entrar el paciente y finaliza cuando marcha y, así, hasta el próximo día”.

El adolescente que ingresa en el HD recibe un tratamiento intensivo e interdisciplinar, a la vez que mantiene los vínculos con su entorno familiar, escolar y social. El HD se constituye, pues, como un marco de intervención amplio que desde la mañana hasta media tarde, se convierte en un espacio de vida, relación y aprendizaje, donde todas las actividades han de converger hacia la

\* *Psiquiatra, psicoanalista de la SEP-IPA. Coordinadora del Hospital de Día para Adolescentes Sant Pere Claver Fundació Sanitària. Barcelona.*

*Correspondencia: asoriano@fhspereclaver.org*

consecución de los objetivos terapéuticos de cada paciente –proyecto terapéutico individualizado (PTI).

### El equipo

*Se articula como una red interna coherente y cohesionada.* Está formado por profesionales de diferentes disciplinas: psiquiatras, psicólogos, educadores sociales, enfermeras, trabajadoras sociales, docente, administrativa. Por lo que respecta a las diversas funciones de sus miembros, nos las imaginamos como las piezas de un puzzle que, siendo diferentes, deben encajar lo mejor posible, para lograr atender al máximo las diferentes áreas de la vida del adolescente en estado mental de riesgo.

El trabajo del hospital de día se realiza “a varias manos” y tiene como base el tándem educador-terapeuta. Todos los pacientes tienen un terapeuta y un educador de referencia que, en algunos casos, puede ser la enfermera. Este eje vertebrador del trabajo en equipo se extiende, también, a los profesionales que más se coordinan con el entorno del adolescente, la trabajadora social y la maestra. Como manifiesta Hinshelwood (2004), la actitud coherente y cohesionada de equipo aporta mentalización y salud. Por tanto, *frente a la realidad fragmentada del psicótico ofreceremos la respuesta integradora del equipo.*

### La convivencia

*Durante un tiempo el HD es una burbuja dentro de la que el paciente va viviendo y reproduciendo muchos de sus conflictos.* El marco de trabajo es, pues, la convivencia. No hay que olvidar que en el HD el paciente desayuna, come, acude al aula, juega, se relaciona, realiza diferentes talleres, recibe tratamiento familiar, de psicoterapia, farmacológico, etc. Todo ello da la oportunidad de observación y de intervención desde los diferentes espacios, tanto cotidianos como los terapéuticos más especializados.

Esta cotidianidad puede ser entendida y resuelta de formas diferentes, en nuestro caso, desde la perspectiva que nos ofrece el pensamiento psicoanalítico y es desde este modelo que abordamos la conflictiva de cada uno de nuestros pacientes. De las aportaciones del psicoanálisis destacaríamos sobre todo que el equipo debe ser capaz de dar una respuesta diferente y más sana a las distintas situaciones que se plantean (Alexander y French, 1946), especialmente por la capacidad de ejercer las funciones de *revêrie* que, en muchos casos, han estado muy ausentes en las biografías de estos adolescentes (Bion, 1962).

También quisiera destacar el valor de la interacción del grupo de iguales y las intersecciones en la convivencia del “grupo de adultos-cuidador”, con el “grupo de adolescentes-pacientes”. Esto se pone claramente de manifiesto en la asamblea semanal que hacemos todos los miembros del equipo con los pacientes; pero también, en cada uno de los momentos del día ya que el chico o chica repite con nosotros el tipo de relación que ha ido introyectando a lo largo de su vida y eso mismo nos ofrece una oportunidad terapéutica. (Badarico, 1990).

Por tanto, la intervención pretende reparar un mundo interno dañado y el reflejo de este trabajo es el cambio en la manera de relacionarse, primero con nosotros y con ellos mismos y, después, con su entorno. Y es así como en el momento del alta pueden estar en mejores condiciones de recuperar su mundo relacional adolescente, que la irrupción de la patología probablemente había desdibujado (Blos, 1993, 2003).

### El entorno

*El trabajo con el entorno del paciente favorece y prepara el proceso de alta.* Esta “burbuja”, que he mencionado anteriormente, debe ir abriéndose y aumentar el nivel de acercamiento del chico a su realidad; por ello hemos de trabajar con su entorno. A través de la atención a las familias, la coordinación con la escuela y con los servicios implicados en cada caso –justicia, bienestar social, servicios sociales, inserción laboral, recursos lúdicos– Para ello el hospital de día debe estar articulado con la red de recursos externos. El afianzamiento de los vínculos del adolescente con su entorno y con recursos de aprendizaje, prelaborales, de relación, lúdicos, etc. forma parte de los objetivos terapéuticos que nos marcamos desde el inicio del ingreso, ya que consideramos que apuntalar los aspectos sanos de su realidad externa es imprescindible para sostener los cambios internos que se hayan producido durante el ingreso.

### Los adolescentes

No podemos olvidar que, en este dispositivo, estamos atendiendo a pacientes que están viviendo todas las vicisitudes que implica el periodo de la adolescencia. El conocimiento y la empatía con esa realidad común a cualquier adolescente será un punto de partida imprescindible (Feduchi, 1986). Además, nuestros pacientes son chicos y chicas que transitan hacia la adolescencia cargando con grandes dificultades personales y de su

entorno. Normalmente han perdido la vinculación con la escuela, la problemática familiar y social es marcada y la relación con los pares es inexistente o muy distorsionada (Rother, 2006).

Nos encontramos, pues, con situaciones clínicas graves en las que el encallamiento evolutivo es el gran riesgo hacia la cronicidad y el gran reto: ayudar a recuperar la adolescencia que ha quedado invadida por la patología (Friedman y Laufer, 1997; Palacio, 2008).

### El enfoque psicoanalítico: algunas ideas

El psicoanálisis nos aporta una comprensión del funcionamiento psíquico que es equivalente a una observación microscópica de los movimientos emocionales: sus ansiedades, sus defensas, aquello que hay en el fondo y por detrás de los síntomas o de la conducta. Implica una reflexión profunda e individualizada de cada adolescente, fundamental para organizar una estrategia terapéutica.

Creemos que, hay que tener en cuenta el diagnóstico fenomenológico pero, enmarcado en la vida real del paciente: su biografía, su forma personal de relacionarse con el entorno y con el equipo, sus mecanismos de defensa. En definitiva, su subjetividad. También, cuestionarnos: qué siente; qué dice; qué no dice y, en cambio, expresa indirectamente; de qué es consciente y de qué no; qué le mejora y qué no de nuestra intervención. Se trataría, pues, de crear un espacio de confianza, donde el paciente hable y nos permita entrar en su mundo interior y en sus vivencias delirantes, dando paso así al acercamiento hacia la realidad (Soriano, 2004). Tener muy en cuenta la transferencia del paciente, nos permite este acercamiento y a la vez nos da la capacidad para no huir del impacto emocional del sufrimiento, la desestructuración, la hostilidad, que son a menudo una carta de presentación de estos adolescentes.

Por supuesto habrá que saber manejar la contratransferencia y analizar como nos hace sentir el paciente, nuestros sentimientos de sobreprotección, de hostilidad, de rigidez o flexibilidad, de expulsión, etc. Cada miembro de equipo puede ser depositario de alguno de estos sentimientos. Poner en común todo aquello que el paciente nos ha proyectado con franqueza, es un trabajo de elaboración del equipo imprescindible. Así podremos, reconocer nuestras reacciones espontáneas pero no contractuarlas –“más de lo mismo”- sino que al pensarlas en equipo podremos dar una mejor

respuesta terapéutica, ejerciendo la función de *revêrie* (Bion, 1962).

#### Viñeta clínica 1

Dani, paciente muy esquizoide y aislado, repitió la relación simbiótica similar a la que tenía con su madre, con uno de los educadores. Pensamos que era necesario por un lado, tolerar esta relación pero, a la vez, no nos aliamos con su miedo sino que, en la medida que se mostraba más capaz, fuimos abriendo nuevos espacios de relación primero con otros miembros de equipo y progresivamente con los iguales, ayudándole así a que el mundo relacional no fuera tan persecutorio”.

Resumiendo podemos decir que la observación de la transferencia y contratransferencia nos aporta:

- Elementos diagnósticos. El tipo de relación que establece con su entorno, que en este momento repetirá con el equipo del HD.
- Elementos terapéuticos. La respuesta diferente y reparadora que pueda dar el personal del hospital desde cualquiera de sus ámbitos de intervención, es una respuesta que favorece el cambio psíquico en el camino de la salud (Alexander y French, 1946).

#### Viñeta clínica 2

“Rut se sentía muy hostil con su educador, se negaba a cualquier intervención que no fuera una respuesta directa a sus demandas, el otro había de ser una parte de ella, por lo que la respuesta diferenciada del educador le provocaba una gran angustia. Comprender esto permitió no contractuar la hostilidad, por ejemplo cuando la chica le dice a gritos «no me toques, no me mires, no me hables». El educador se visualizó a sí mismo como un trozo de mantequilla que se deshace y desaparece y así se lo dijo, utilizando el sentido del humor, lo que provocó la sonrisa de Rut y un paso de acercamiento en la relación”. En este caso, la respuesta del educador no es una interpretación psicoanalítica, pero implica una comprensión psicoanalítica.

Es frecuente oír la afirmación que el psicoanálisis no es aplicable a pacientes con determinada patología, generalmente grave, y realmente lo que ocurre es que cada paciente requiere unas adaptaciones que nos permitan acercarnos a su mundo interno y relacional (Nicolò, 2004). Por ello es necesario evitar las confusiones con una técnica que ha sido pensada para pacientes con suficientes recursos yoicos. A menudo no es el caso de los adolescentes, que requieren un ingreso en un hospital

de día, que precisan de intervenciones muy adaptadas a su nivel de funcionamiento mental (Alanen, 1997; 2003). *En esa adaptación trataremos de encontrar la manera concreta que beneficia a cada adolescente ya que consideramos que ninguna técnica es válida si al paciente no le ayuda a mejorar.*

El trabajo de muchos psicoanalistas en la asistencia pública ha implicado una apertura a la población general, sin la selección que supone la consulta privada. El paciente analizable desde la metodología estándar es en muchos sentidos minoritario. Estamos hablando de tratamientos de varias sesiones semanales, durante periodos de tiempo prolongados y con un nivel de interpretación, comprensión y motivación muy elevado por parte del paciente para poder sostenerlo. Se trata, pues, de una técnica que tiene unas claras limitaciones clínicas y sociales. Además, los pacientes graves requieren un tratamiento multidisciplinario, familiar, grupal, etc.

En ese sentido aunque tratamos de mantener una sesión de psicoterapia semanal de 45 minutos, esta se lleva a cabo solo si le es posible al paciente. Hay adolescentes que no toleran entrar en el despacho a hablar. Por ello en el equipo nos referimos al *setting itinerante*: vamos, en sentido metafórico y real, allí donde está el paciente dando el máximo valor a establecer una comunicación que permita al adolescente sentir que estamos a su lado y despertar esperanza, recursos propios, autoestima, etc. (Torras, 1996).

El silencio, la asociación libre, la interpretación son solo útiles en algunos casos y nunca hay que forzar su utilización más allá del buen criterio y el sentido común que nos permite acercarnos al paciente y sus necesidades (Male, 1966). Por ello, además de tener una comprensión psicoanalítica, integramos otras maneras de hacer: ser claros en poner límites, ayudarles a acercarse a sus temores, no solo mentalmente sino física y realmente; o sea, actuando en muchas ocasiones sobre la realidad externa facilitando mejores condiciones de salud.

### Viñeta clínica 3

“Dario tenía sensaciones de pérdida de gravedad, temía salir a la calle ya que sentía que podía salir despedido a los aires. El tratamiento consistió en ofrecerle una psicoterapia en la que pudo hablar de sus sensaciones, tratar de darles algún sentido. El psiquiatra le prescribió la medicación adecuada. En los espacios de

convivencia, los educadores estaban a su lado y físicamente le daban soporte para que pudiera realizar las distintas actividades del HD. En ocasiones era necesario sujetarlo ya que solo el contacto físico, le permitía, por ejemplo, realizar actividades en el exterior como salidas o acudir al polideportivo, logros de los que el chico se sentía muy satisfecho.

También atendíamos a la familia: mejorar la relación violenta y de menosprecio de unos padres que no entendían como un hijo fuerte se acobardaba ante todo, explicar claramente el trastorno que tenía el hijo fue muy agradecido por ellos y permitió que se estableciera una mejor comunicación entre padres e hijo.”

Esta viñeta refleja lo que mencionábamos anteriormente, que interveníamos con diferentes técnicas, pues quedarnos solamente con el enfoque psicoanalítico hubiera sido insuficiente para tratar a este adolescente.

### Para concluir

Desde ningún punto de vista es posible considerar una orientación terapéutica como “la única” y menos cuando nos encaramos con la patología grave. A pesar de los adelantos en el cuidado y la atención a la patología mental, las posibilidades terapéuticas siguen siendo modestas, cualquier que sea la teoría y técnica que utilicemos.

La formación psicoanalítica proporciona unos recursos técnicos y un equipaje personal que con las adaptaciones metodológicas necesarias, da la posibilidad de acompañar al paciente en aquello que es necesario para su evolución. También nos ayuda a no eludir el dolor mental, que muchas veces el paciente no es capaz de manifestarlo con palabras; como tampoco nosotros tenemos palabras suficientes para expresar o interpretar lo que sucede; sin embargo, sí que podemos estar allí, al lado de los sentimientos del adolescente (Stern, 1998) apoyando al máximo sus recursos y su capacidad de progreso.

A la consulta pública llegan pacientes con una demanda psicopatológica muy diversa y, también, la presión asistencial que no permite realizar lo que sería el psicoanálisis estándar; no obstante, lejos de ser un inconveniente, esta realidad ha abierto puertas para que la “herramienta psicoanalítica” puede interaccionar con otras disciplinas y crear sinergias de trabajo más efectivo (Soriano, 2005). En este momento, por tanto, habría que hablar de “técnicas psicoanalíticas

diversas”, sustentadas todas ella en la misma teoría, pero que con la introducción de modificaciones permite atender a un mayor número y tipo de pacientes.

“Cuando desperté, el Dr. estaba a mi lado. Me puso el brazo sobre mis hombros.

–Ya lo sé –dijo –Ya lo sé.

No lo sabía. Al menos no del todo. Pero eso fue lo que dijo y yo me alegré al escucharlo. Porque sabía qué quería decir. Todos tenemos nuestras penas y aunque las características, el peso y las dimensiones del dolor son diferentes para cada persona, el color es común para todos.

–Ya lo sé –dijo, porque era humano y, como tal, en cierta manera, sí que lo sabía”.

Diane Setterfield, 2008. (*Traducción propia*).

## Agradecimientos

A todo el equipo del *Hospital de Dia Sant Pere Claver Fundació Sanitària*.

## Bibliografía

ALANEN, Y (1997). *Schizofrenia: Its Originis and Need-Adapted Treatment*. London: Kranac.

ALANEN, Y (2003). *Atenció psicoterapèutica als pacients psicòtics a la xarxa pública*. Ponencia presentada en el Colegio de Médicos de Barcelona.

ALEXANDER Y FRENCH (1946). *Terapéutica psicoanalítica*. Barcelona, Paidós.

BION, W. R (1962). *Learning from Experience*. Seven Servants, New York, Jason Arosón.

BLOS, PETER (1993). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires. Amorrortu.

BLOS, PETER (2003) *La transición adolescente*. Buenos Aires. Amorrortu.

GARCÍA BADARACO, J (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid, Tecnipublicaciones.

FEDUCHI, L (1986). Actuación y adolescencia. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia infantil*, 2, 17-36.

FRIEDMAN, M AND LAUFER, M (1997). Problems in working with adolescens, in *Adolescent Breakdown and Beyond*, Karnac Books, London.

HINSHELWOOD, R. D (2004). *Sufering Insanity*. London, Routledge.

MALE, P (1966). *Psicoterapia del adolescente*. Barcelona, Paideia.

NICOLÒ, ANNA MARIA (2004). *L'adolescente il suo mondo relazionale*. Roma. Carocci.

PALACIO ESPASA, F (2008). Abordajes psicoterapéuticos de los casos difíciles (I parte), *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, núm.11, pp. 27-34.

ROTHER HORNSTEIN, MARIA CRISTINA (Comp.) (2006). *Adolescencias: trayectorias turbulentas*. Buenos Aires. Paidós.

SORIANO, A (2004). Consideraciones sobre la actitud terapéutica en la atención a los adolescentes. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, núm. 4, pp. 81-90.

SORIANO, A (2005). Algunas consideraciones sobre la clínica hoy. *Revista de psicoterapia*, núm. 62, pp. 69-78.

SETTERFIELD, D (2008). *El conte número tretze*. Barcelona, Edicions 62.

STERN, D et al (1998). Non Interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. The something-more than interpretation. *Int Psycho-Anal.* 79.903.

TORRAS, E. (1996.) Modalitats terapèutiques a l'assistència a nens i adolescents: les dinàmiques subjacents, *Revista catalana de psicoanàlisi*, vol. XIII, núm. 2, pp. 77-88.