

Experiencia de intervención psicológica con niños y adolescentes hospitalizados

Mtra. Angélica María Aguado Hernández

Universidad Autónoma de Querétaro

angelica.aguado@uaq.mx

Mtro. José Jaime Paulín Larracochea

Universidad Autónoma de Querétaro

jose.jaime@uaq.mx

Resumen

El tránsito del paciente somático por el hospital es una experiencia que pocas veces resulta sin contratiempos y sobresaltos. La respuesta ante el diagnóstico de una enfermedad que por su complejidad es muy posible que requiera hospitalización será distinta dependiendo de la edad, el estrato socioeconómico, lugar de residencia y de la red familiar con que se cuente. Cuando se trata de niños y adolescentes, la trama se vuelve más compleja, ya que la hospitalización no solo implica una desterritorialización forzosa de todo lo que tendría que ser cotidiano para alguien de su edad, sino que también se tienen que enfrentar a una desterritorialización de su lugar como sujetos: todos y nadie deciden por y para ellos, la toma de decisiones concerniente a su persona les es arrebatada y en ocasiones extremas, termina por cosificarlos. Será importante lograr una adecuada intervención psicológica para que tanto el niño como el adolescente tengan un buen afrontamiento; los recursos que hemos detectado como imprescindibles para el éxito del trabajo interdisciplinario encaminado al bienestar del paciente son: Territorialización del sujeto, Umbral de dolor, Red social de apoyo y Relación transferencial con el equipo multidisciplinario que lo atenderá.

Palabras clave: Enfermedad, Hospitalización, Niños, Adolescentes, Intervención psicológica, Afrontamiento, Territorialización, Umbral de Dolor, Red Social de Apoyo, Transferencia.

Introducción

El tránsito del paciente somático por el hospital es una experiencia que pocas veces resulta sin contratiempos y sobresaltos. El hecho del aislamiento, la reducción del espacio de movimiento, la ausencia de casi todo lo que le es familiar, así como el dolor físico, provoca en el paciente somático manifestaciones emocionales (ansiedad, angustia, miedo, depresión), que deben ser atendidas con el mismo interés y prontitud que los malestares corporales.

La respuesta ante el diagnóstico de una enfermedad que por su complejidad es muy posible que requiera hospitalización será distinta dependiendo de la edad, el estrato socioeconómico, lugar de residencia y de la red familiar con que se cuente. Cuando se trata de niños y adolescentes, la trama se vuelve más compleja, ya que la hospitalización no sólo implica una desterritorialización forzosa de todo lo que tendría que ser cotidiano por su edad, sino que también se tienen que enfrentar a una desterritorialización de su lugar como sujetos: todos y nadie deciden por y para ellos, la toma de decisiones concerniente a su persona les es arrebatada y en ocasiones extremas, termina por cosificarlos.

La enfermedad siempre nos hace tocar nuestra vulnerabilidad como seres humanos, la enfermedad asusta y desconcierta; cuando se es niño o adolescente se está acostumbrado – la mayoría de las veces-, a depender enteramente de los padres; durante la hospitalización, los pacientes tratados en pediatría (recién nacidos a 17 años) se sorprenden al ver que ya no son sus padres quienes tomarán la mayoría de las decisiones en torno a su padecimiento, sino que otros (especialistas del área de la salud y en ocasiones los sistemas estatales) son “los nuevos” encargados de su cuidado.

La noción de “cuidado” ante un tratamiento que causa trastornos físicos como la quimioterapia o la diálisis, siempre será difícil de comprender.

Contenido

Desarrollo 1. Generalidades sobre el comportamiento humano ante la enfermedad. Todos los profesionales de la salud interesados en la atención de personas que viven en situación de enfermedad, debemos tomar en cuenta que el hecho de informar un diagnóstico (Dx) siempre ocupa un especial lugar en el comportamiento y forma de llevar la nueva condición (de enfermedad) por parte del paciente somático; algunos investigadores han demostrado que la conducta y los estilos de vida desarrollados a partir del Dx pueden contribuir favorable o desfavorablemente en el desarrollo del padecimiento (Nieto, 2004: 279).

Es importante entonces que dentro del equipo multi e inter disciplinario que atenderá al paciente existan Psicólogos que realicen un trabajo de contención y acompañamiento que contribuyan al tratamiento de la enfermedad en beneficio de aquel que la padece.

Desde que el ser humano tuvo conocimiento de la muerte, comenzó a dibujarse una triple realidad psicológica en torno a ella; entre la conciencia de la muerte y la aspiración a la inmortalidad se dio un lugar a las perturbaciones que la muerte misma genera (Morín, 2007: 32); ahora bien, todo el traumatismo que en el ser humano se pudiera producir en torno a este fenómeno natural está en función del otro (porque es el otro el que muere y con ello damos cuenta de la muerte como parte de un proceso natural que a todos nos toca); es a partir de esa experiencia que creamos ciertas expectativas en torno al morir humano.

Conforme la ciencia avanza, la esperanza de vida del ser humano también lo ha hecho y sin embargo, el acercarse a la condición de enfermedad nos hace vivir un estado de vulnerabilidad en el que las emociones suelen intensificarse.

La enfermedad ha ocupado grandes libros en la historia de la humanidad y ha pasado a formar parte de esas perturbaciones en torno a la muerte que mencionamos líneas arriba, es decir, la enfermedad es una de las principales causas que pueden conducir a la muerte a una persona.

Cuando el deceso de alguien es resultado de una enfermedad, resulta lógico que aquellos que lo atestiguaron desarrollen algunas ideas y pensamientos en torno a esto; experiencia que en definitiva tendrá un impacto mucho mayor en la persona si a lo largo de su vida es diagnosticada con una enfermedad.

a) Nombrar la enfermedad

A lo largo de nuestra experiencia de trabajo nos hemos dado cuenta de que el simple hecho de nombrar la enfermedad provoca emociones (temor, ira, vergüenza, etc.) en las personas.

Hemos sido testigos de acelerados procesos de enfermedad por el impacto emocional que causó el diagnóstico, o bien, verdaderas batallas entre el que tiene el padecimiento porque la enfermedad se coloca como un reto a vencer o algo ante lo que no piensan claudicar; respecto a este último quizás por ello nos resulte frecuente escuchar que alguien “perdió la batalla contra...” y se nombra a la enfermedad. Creemos que lo mejor sería “negociar” con la condición de enfermedad, retomando las etapas del duelo propuesta por Elizabeth Kübler-Ross; en esta etapa y después de haber pasado por la negación y la ira, el paciente acepta su condición y comienza a “negociar” el cómo vivir con ella.

Otro ejemplo del gran impacto que produce el nombre de la enfermedad podemos verlo en algunos lugares de América Latina (principalmente en Centroamérica y el Caribe), en donde es común que la gente diga cuando alguien muere por cáncer que “murió de una larga y penosa enfermedad”, omitiendo de forma deliberada la palabra “cáncer”.

b) Lejanía o extrañeza ante el Dx de la enfermedad

Es común también que cuando alguien es informado sobre su padecimiento, la gente no comprende por completo qué es lo que le sucede: Cuando aún nos encontrábamos realizando nuestras prácticas profesionales en un hospital público de la ciudad donde

vivimos, canalizaron al servicio de psiquiatría a un adulto mayor para que ahí se le informara el diagnóstico de su enfermedad.

Recordamos que después de que escuchó “leucemia mieloblástica aguda” el señor guardó silencio, miró a cada una de las personas que nos encontrábamos ahí y salió del consultorio médico. El médico psiquiatra nos pidió que saliéramos a buscarlo porque pensaba que el diagnóstico le había producido algo semejante a un shock. Cuando salimos a buscarlo y nos sentamos a platicar con él, su respuesta a la pregunta de “¿cómo se siente, cómo está?” fue: “¿qué es lo que dicen que tengo?”.

Haber conocido a este hombre cuyo oficio a lo largo de toda su vida había sido sembrar y cosechar en el campo, y que sus visitas al hospital habían sido la ocasión de salir por vez primera de la zona Serrana de Querétaro, nos dejaron claro que un diagnóstico médico no necesariamente nos acerca a la comprensión del padecimiento (su muy especializada terminología en muchas ocasiones, incluso, nos aleja); por ello, el informe sobre el Dx es uno de los momentos más importantes en el que los profesionales de la Psicología podemos intervenir, ya que si bien los pacientes desean saber su diagnóstico, lo que verdaderamente quieren saber y termina siendo mucho más útil para ellos, es entender el diagnóstico, es decir, saber su significado y conocer las implicaciones y consecuencias de la enfermedad (las que vivirán los pacientes y su red social de apoyo: familia, amigos, comunidad, etc.).

c) Interés por la enfermedad y el tratamiento

Una vez que la persona conoce el diagnóstico y lo que ello implica, es importante fomentar en él su interés para el conocimiento básico sobre su padecimiento con el fin de que contribuya positivamente al tratamiento, ya que si bien en algunas ocasiones resulta incómodo, difícil o triste hablar al respecto, encontraremos que el paciente que sabe sobre su condición de enfermedad, la mayoría de las ocasiones se interesa por saber de qué manera puede ayudar o qué es lo que debe/puede hacer o no hacer en su beneficio.

Resulta importante promover en los hospitales, grupos terapéuticos que funcionen como grupos informativos de contención y acompañamientos en los que las personas diagnosticadas y sus familiares encuentren un lugar empático en donde puedan

expresar sus inquietudes, logros, dudas y temores en torno a la enfermedad y los tratamientos; en ellos trabajarán de forma interdisciplinaria los profesionales de salud implicados en el tratamiento.

d) Rechazo de la enfermedad y el tratamiento

Si bien lo idóneo es que la persona que vive en situación de enfermedad desee conocer su padecimiento y las diversas formas de tratamiento, no es poco frecuente encontrar personas que una vez que han escuchado el nombre, implicaciones y desarrollo de la enfermedad rechacen el Dx. Resulta normal, e incluso recomendado, que después de un primer Dx el paciente exprese su deseo e interés de buscar una segunda opinión; pero lo que evidencia el rechazo (que incluso puede ser visto como negación) es que las personas decidan que todos los médicos que consultan están equivocados y que seguirán buscando opiniones hasta encontrar una que sí les complazca.

Lo anterior provoca un desgaste emocional en el paciente y su red social de apoyo, sumado al hecho de que no recibir el tratamiento adecuado y oportuno puede poner en riesgo la salud y vida del paciente porque la enfermedad sigue su curso. Otra forma de rechazo, aunque no propiamente de la enfermedad como tal, es negarse a recibir al tratamiento por considerarlo invasivo, doloroso, costoso o muy largo.

2. El niño y el adolescente en situación de enfermedad

La ONU en su declaratoria de Los Derechos de los Niños nos deja ver que esta etapa de la vida implica educación, juegos, buena alimentación y compañía (familiar, institucional); sin embargo el niño que vive con enfermedades como el cáncer, insuficiencia renal o VIH pronto se da cuenta que muchos de esos derechos se ven intervenidos por un proceso de enfermedad; si además el niño requiere hospitalización la palabra “intervención” se asemeja más a “interrupción” ya que sus condiciones físicas no les permiten asistir a la escuela, su alimentación en muchas ocasiones es drásticamente modificada y la institución de salud lo aísla de mucho de lo que le era familiar y cotidiano.

Siempre que nos preguntan sobre las estrategias más exitosas para trabajar con niños que viven una situación de enfermedad siempre contestamos que lo principal es no olvidar que por sobre todas las condiciones, son niños. Hacemos énfasis al decir “no olviden que son niños” porque en ocasiones pareciera ser así. Un niño tendrá temor de sentirse aislado, maltratado (muchos de los tratamientos que los niños con cáncer e insuficiencia renal crónica son dolorosos o provocan trastornos molestos) y también deseará comer alimentos no permitidos, por lo que resulta poco práctico insistir en explicaciones que daríamos a los adultos esperando que “entiendan por su bien”.

Mientras que con los niños pareciera que el personal de salud intenta explicar todo lo relacionado al proceso de enfermedad, vemos que con los adolescentes, se da por sentado que no hay que dar demasiadas explicaciones porque “ya son grandes” y entienden de manera más rápida y mejor; así que muchos de los jóvenes pacientes ven incrementadas las emociones como el miedo, la ira o la vergüenza por falta de información que les permita entender su condición.

La intervención psicológica entonces, deberá estar encaminada a lograr que tanto el niño como el adolescente tengan un buen afrontamiento. El afrontamiento ha sido definido como “los esfuerzos cognitivos y conductuales que el individuo desarrolla para manejar demandas externas e internas percibidas como excesivas para sus recursos” (Farberman, 2010: 98).

Los cambios físicos producidos por la enfermedad, los tratamientos, así como la hospitalización son ejemplos claros de demandas excesivas para los recursos de cualquier ser humano que viva una condición de enfermedad. Cuando hablamos de recursos, nos estamos refiriendo en este específico caso a territorialización del sujeto, umbral de dolor, red social de apoyo y relación transferencial con el equipo multidisciplinario que lo atenderá:

a) Territorialización del sujeto: Algo que es una generalidad para niños y adolescentes es lo que al principio de este breve texto denominamos “desterritorialización del sujeto”; con ello nos referimos a la condición que vive toda persona que debido a sus condiciones físicas debe ceder parte de sus derechos a otros (familia, instituciones).

Si bien podemos entender que niños y adolescentes requieren de una tutela legal, en algunos momentos parece injusto que debido a su corta edad poco o nada puedan decidir u opinar sobre el tratamiento, sobre todo cuando la enfermedad ha avanzado

de tal forma que se corre el riesgo de permitir una intervención médica cruenta que reste calidad de vida.

La obsesión terapéutica es definida como un acto deshumanizado de aislamiento (IMT, 2011: 213) que impide que el paciente pueda morir, prolongando la agonía física y psicológica, ya que si bien en una institución hospitalaria se tendrán más recursos médicos para hacer frente a situaciones de gravedad, también es cierto que en la actualidad morimos de manera más aséptica pero más solos (Elias, 2009); el hospital de por sí ya es un sistema de aislamiento prediseñado para ello (Foucault, 2001) pero en el caso de niños y adolescentes el aislamiento se siente más debido a que sus pares (chicos de su edad) no pueden ingresar a un hospital, así que cuando conviven con chicos en sus mismas condiciones, es muchas veces la única oportunidad que tienen de estar con iguales. Alejar a los niños y a los adolescentes de todo lo que les es común (gente, mascotas, juguetes, escuela, casa, clases deportivas o culturales, espacios de esparcimiento) implica arrancarlos de sus territorios naturales.

Territorializar al sujeto será entonces darle en todo momento su lugar como persona capaz de opinar y tomar decisiones en torno a su enfermedad y tratamiento, tomando en cuenta en todo momento una visión ética y humana. Cuando trabajamos con niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) difícilmente podremos distinguir estos recursos por considerar que el niño es muy pequeño y que no entenderá; sin embargo nos hemos dado cuenta de que el hecho de que un niño se sienta tocado (acariciado en el rostro, acunado en los brazos de sus padres, besado y estimulado por voces que le hablan de manera suave y amorosa) le da un lugar frente al otro; en niños de estas edades la red social de apoyo y el equipo de salud parecieran fundirse en uno solo ya que el niño no logra hacer distinciones de forma inmediata (aunque hemos atestiguado que algunos recién nacidos reaccionan favorable y rápidamente cuando escuchan las voces de sus padres).

Aunque el niño no pueda expresarse mediante la palabra, lo hace a través de sus reacciones físicas como conciliar el sueño, tomar alimento, aumentar peso y talla, y de esta manera damos cuenta de la existencia de estos recursos que favorecen el tratamiento.

Podríamos decir que esto ocurre así en niños menores de dos años. Los niños a partir de los dos años, ya pueden reaccionar abiertamente y de forma negativa ante un

procedimiento médico negándose a cooperar (Farberman, 2010: 100) sobre todo si se trata de algo que el niño reconozca como doloroso o incómodo. En niños cuyas edades fluctúan entre los dos y los 7 años será importante que los padres intervengan como aliados del equipo de salud que atiende al niño, en primer término, explicándoles qué es lo que sucede y lo que sucederá durante el tratamiento. Es crucial que el psicólogo trabaje muy de cerca con los padres ya que ellos mismos necesitarán resolución de dudas, apoyo psicológico y contención para sobrellevar el hecho de que su hijo esté enfermo.

En estas edades será común que los niños se angustien fácilmente sobre todo porque están acostumbrados a que sus padres tomen las decisiones en torno a ellos, y se sorprenderán al ver que ahora son otros (el equipo de salud) quienes aparentemente tomarán decisiones, las que en muchas ocasiones serán rechazadas por el dolor o trastornos que causan.

La motivación del niño en esta etapa se puede hacer apoyándose en recompensas como lectura de libros, una ronda de juegos de mesa o bien la visita de un muñeco o muñeca (en este último caso, siempre y cuando se cuente con la autorización del hospital ya que los niños hospitalizados en el área de enfermedades respiratorias pueden mostrar problemáticas relacionadas con la presencia de muñecos de peluche o el pelo largo de las muñecas).

Jamás debe prometerse al niño nada que tenga que ver con la interrupción del tratamiento, realización de actividades que pongan en riesgo su condición física o bien con el incumplimiento de la dieta señalada por el nutriólogo; también podemos apoyar la motivación en compromisos que podrán llevarse a cabo una vez que el niño esté de vuelta en casa (sin caer en promesas irrealizables o fantásticas, cuyo incumplimiento lastime emocionalmente al niño y juegue en contra del proceso terapéutico).

Lo más importante y motivador para el niño de esta edad es la presencia de su círculo familiar más cercano (padres, abuelos, tíos, primos, amigos).

A partir de los 8 años, además de lo mencionado para niños más pequeños, sugerimos que la territorialización sea trabajada desde las aspiraciones y metas que los mismos niños externen y compartan; nos ayuda el hecho de que los niños de esta edad ya han tenido experiencias relacionadas con la asistencia a la escuela, amistad con pares,

aspiraciones profesionales, deseos de hacer (realizar un viaje, aprender a hacer tal o cual cosa, poseer algo, etc.).

Lo anterior le ayudará a la expresión de emociones y por lo tanto será importante brindarles un espacio de escucha y contención. Con los chicos mayores de 12 años se puede echar mano del tema de las metas y las aspiraciones personales, y también recurrir a historias escritas, películas o testimonios de sus pares, que aborden temas semejantes a la situación por la que atraviesan, para generar en primer término empatía y posteriormente, propiciar la expresión y verbalización de los afectos durante la intervención psicológica.

La escucha y el acompañamiento presencial es un gran territorializador para los adolescentes ya que les brinda un espacio en donde ya no son solo “el paciente de la cama tal” o “el enfermo de”, son “María, Eduardo, Sofía o Gerardo” que hablan de sus sueños, sobre sí mismos, de lo que les atemoriza o agrada de la vida. Son alguien mucho más importante y más allá de su diagnóstico.

Cuando se trabaja con adolescentes es más frecuente escuchar solicitudes expresas sobre interrupción del tratamiento cuando la enfermedad se encuentra en fase terminal y ser á importante darle su lugar como sujeto con capacidad de decisión y con derechos. Si bien dijimos que en chicos de estas edades esto es más frecuente, es posible que niños mucho más pequeños también escuchemos que quieren “terminar”, “regresar a casa y no volver”, “descansar o dormir para siempre”.

Aunque las palabras son distintas, las intenciones son muy similares: Una de nuestras estudiantes nos compartió, durante una supervisión, que en una sesión que tuvo con un niño de seis años que padecía leucemia y que se encontraba en fase terminal y con quien venía trabajando desde hacía seis meses, le dijo: “¿por qué si me estoy muriendo mi mamá me quiere matar?”. La frase sacude y deja ver la interrogante del niño que siente que está muriendo y no puede comprender por qué su madre insistía en llevarlo a recibir su tratamiento de quimioterapia cuando lo único que él quería era permanecer en su casa con sus hermanos cuidando a sus borregos. Cabe resaltar que el niño ya había sido recomendado al área de cuidados paliativos pero la madre se empeñaba y exigía que la quimioterapia le siguiera siendo suministrada.

b) Umbral de dolor

El dolor es definido como “impresión penosa experimentada por un órgano o parte y transmitida al cerebro por los nervios sensitivos” (Salvat, 1984: 334). Umbral de dolor es definido como “intensidad mínima de los estímulos nociceptivos, necesaria para estimular las terminaciones nerviosas libres. Aunque la percepción del dolor varía mucho, según las personas, el umbral propiamente dicho apenas varía, lo que indica que en la percepción del dolor influye mucho el aspecto subjetivo” (Médicos cubanos, 2012); y es importante tenerlo en cuenta ya que por más conocimientos y entusiasmo que el psicólogo tenga, éste no podrá hacer mucho si no es sensible a la existencia del dolor físico de la persona que lo está viviendo.

El Premio Nobel de Literatura Jean Marie Gustave Le Clézio escribió un cuento que se llama “El día que Beaumont conoció su dolor”, en él retrata lo que significa e implica una noche con dolor de muela, al final, el cuento resulta ser un ensayo sobre la reacción humana ante el dolor: miedo, ira, soledad, angustia, desesperación, relajación, aceptación, rechazo, inconciencia, extrañeza, fatiga, etc. (Le Clézio, 2009).

Esto es lo que debemos de tener presente cuando trabajemos con pacientes que viven una situación de enfermedad; hemos visto con tristeza y rabia que algunos colegas insisten en realizar intervenciones psicológicas con pacientes que están completamente diezmados y lejos de contribuir al tratamiento alejan al paciente de interesarse en el trabajo con el psicólogo porque lo ven como alguien que debiera comprender y no comprende.

Conocer técnicas sobre manejo del dolor complementarán de forma positiva la intervención psicológica (Domínguez, 2005).

c) Red Social de Apoyo

Para cualquier persona hospitalizada es importante contar con una red social de apoyo, es decir, con un grupo de familiares y amigos que se mantengan cerca del paciente, con el propósito de brindarles amor, compañía, escucha, comprensión y apoyo. En el caso de niños y adolescentes la figura familiar más común para desempeñar las funciones anteriormente descritas, es la madre (Bronfman, 2001),

seguida de la abuela materna o paterna, y hermanas. Por ello resulta de vital importancia que el psicólogo sensibilice a la familia sobre la importancia de que toda la familia configura una red de apoyo para el niño o adolescente que vive una condición de enfermedad, y si bien es comprensible que ciertas figuras (como el padre) no puedan estar por tiempos prolongados en el hospital debido a compromisos laborales, debe ser importante que en la medida de sus posibilidades asistan a visitar a paciente, pues esto los hará sentirse queridos y acompañados. En el caso de aquellos que por su corta edad no pueden ingresar al hospital (hermanos más pequeños, amigos de la escuela o de juegos), podrán hacerse presentes mediante cartas, dibujos o llamadas telefónicas.

Cuando el Psicólogo trabaje con los miembros de la red social de apoyo deberá tener en cuenta las creencias religiosas, el manejo de tradiciones en torno a la enfermedad y la muerte, el estrato socio-económico, el tipo de familia (bi-parental, uni-parental, si el paciente es hijo único o tiene hermanos, etc.), nivel de estudios de los padres (hemos visto que la gente que no ha tenido acceso a estudios universitarios y vive en el campo, ve los procesos de enfermedad y la muerte de forma más natural y les es más fácil aceptar hablar del tema), etc.

Tan importante resulta trabajar con el niño o adolescente que vive con una enfermedad como con su red social de apoyo, ya que de igual manera, también tendrán manifestaciones de afecto que necesitan ser escuchadas y contenidas por un profesional de la Psicología, porque si bien no son ellos quienes tienen la enfermedad en el cuerpo, toda la red la padece y lo demuestran con miedo, ira, impotencia, cansancio, vergüenza, etc.

Cuando la enfermedad se presenta en sus etapas terminales, debemos ser muy cercanos a la red puesto que habrá que ayudarlos a pensar-se ante una nueva condición cuando su familiar ya no se encuentre, es muy frecuente que la personas que estuvo más cercana al paciente y a quien se denomina “cuidador” presente episodios de ansiedad muy fuertes, antes, durante y después de la muerte de su familiar; lo anterior se debe principalmente a que su forma habitual de vida dio un giro de 180° después del Dx y ahora, después de la muerte, lo volverá a experimentar.

Los grupos hospitalarios en donde se trabaja con familiares de los pacientes son un espacio ideal para que el Psicólogo les pueda brindar escucha y contención, además de generar empatía y apoyo con los otros miembros del grupo.

d) Relación transferencial con el equipo multidisciplinario que lo atenderá:

A lo largo de la obra freudiana, el término de transferencia pareciera ser una noción en constante construcción; Freud la explica así: “la representación inconsciente como tal es del todo incapaz de ingresar en el preconsciente, y [...] sólo puede exteriorizar ahí un efecto si entra en conexión con una representación inofensiva que ya pertenezca al preconsciente, transfiriéndole su intensidad y dejándose encubrir por ella.

Este es el hecho de la transferencia, que explica tantos sucesos llamativos de la vida anímica de los neuróticos” (Freud, 2001, vol V: 554). En los textos freudianos, la noción de transferencia es utilizada en un primer momento para entender que se transfieren representaciones sobre la persona del médico; después para comprender que se transfieren sentimientos sobre la persona del médico, y a partir de su texto “Interpretación de los Sueños” en 1900 lo que se transfiere es la intensidad de una representación (del sistema inconsciente) a otra (del sistema preconsciente), un deseo a un elemento nimio (Paulín, 2010).

Recuperando la noción de transferencia como recurso para llevar a cabo el afrontamiento, debemos decir que el paciente transferirá en la figura de los miembros del equipo interdisciplinario de salud que lo atiende (principalmente en la figura del médico y del psicólogo) representaciones de su sistema inconsciente que pueden contribuir positivamente al tratamiento.

Al ser los médicos, psicólogos y enfermeras las figuras adultas con quienes se convive más cercanamente, los pacientes transferirán en ellos figuras cercanas a sus padres (imágenes paternas). El paciente podrá encontrar–buscar en ellos comprensión, afecto, cercanía, etc.

Es importante tener en cuenta que la transferencia no siempre será positiva y que el personal de salud debe reconocer que muchas de las reacciones de los pacientes obedecen a la intensidad de esas representaciones inconscientes y que no necesariamente se trata de reacciones despertadas por ellos; en ocasiones el personal

vivirá rechazo y demostraciones de enojo (los niños muy pequeños suelen querer golpear en medio de una rabieta) que no necesariamente tienen que ver con lo doloroso o complicado de los tratamientos, sino con lo que la imago transferida en ellos le representa al paciente; un mismo paciente puede ser muy cooperativo con la Psicóloga porque transfiere en ella la intensidad de la representación de su madre (que es muy amorosa con él), y completamente hostil con su médico, si en éste transfiere de la representación de un padre son el que no tiene una buena relación, o incluso ha recibido maltrato físico.

Consideramos tomar a la transferencia como un recurso, ya que es de suma importancia para nosotros, que el personal de salud conozca la naturaleza de la transferencia para que se convierta en un aliado del tratamiento y no en un obstáculo.

Conclusión

A lo largo de los ocho años que hemos estado en contacto con pacientes hospitalizados y resultado del contacto con niños y adolescentes en situación de enfermedad durante los últimos cuatro podemos concluir que el tema de Psicología, estrés y enfermedades crónicas degenerativas, se impone como necesario e inseparable en cuanto al trabajo con pacientes somáticos hospitalizados se refiere, es por ello que en este trabajo trazamos algunas líneas generales sobre la intervención que el psicólogo deberá llevar a cabo con niños y adolescentes que viven la hospitalización, a partir de nuestra experiencia de trabajo con pacientes cuyos diagnóstico es: cáncer, insuficiencia renal y seropositividad (VIH) que se encuentran hospitalizados. Hacemos énfasis en tres grandes temas que deberán ser tomados en cuenta durante el tratamiento de la enfermedad somática: 1. La abierta necesidad que tienen los pacientes de saber sobre su enfermedad y el tratamiento subsecuente. 2. La necesidad que tienen de hablar sobre sus emociones y sentimientos con sus familiares, pares (pacientes con quienes se comparte la condición diagnóstico) y equipo interdisciplinario de salud que trabaja con ellos. 3. La necesidad de mantenerlos, en la medida que sus posibilidades se los permitan, en contacto con aquellas actividades cotidianas y que les territorializan nuevamente como sujetos (escuela, recreación, estancias en casa para poder ser visitados por personas de su edad, etc.). Lo anterior

se puede lograr a partir de una adecuada intervención psicológica para que tanto el niño como el adolescente tengan un buen afrontamiento, es decir, que se contribuya al desarrollo de los esfuerzos cognitivos y conductuales del paciente ante los cambios físicos producidos por la enfermedad, los tratamientos y la hospitalización, que resultan ser demandas excesivas para los recursos de cualquier ser humano ante condiciones tan adversas como lo puede ser un proceso de enfermedad; los recursos que hemos detectado como imprescindibles para el éxito del trabajo interdisciplinario encaminado al bienestar del paciente son: a) Territorialización del sujeto b) Umbral de dolor c) Red social de apoyo d) Relación transferencial con el equipo multidisciplinario que lo atenderá. Y si bien el desarrollo y reconocimiento de los cuatro recursos son muy importantes durante del acompañamiento psicológico para el niño o adolescente hospitalizado, el primero, la territorialización del sujeto, es sin duda primordial, ya que es el que brinda un lugar al sujeto para la escucha de su palabra y para que a través de la mirada del otro, siga ocupando un lugar como alguien con derechos respecto de su cuerpo, la enfermedad con la que vive y el tratamiento que le es sugerido. En la medida que los equipos multidisciplinarios de los hospitales comprendan esta dimensión, tendremos pacientes más cooperativos durante el tratamiento y también se reducirán los casos de obsesión terapéutica que terminan lastimando física y psicológicamente al paciente, restándole calidad de vida e impidiendo así un tránsito digno durante su estadía en el hospital, el transcurso de la enfermedad, o bien, en el momento de morir.

Bibliografía

- Bronfman, M. (2001) "Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil". Lugar Editorial. Buenos Aires Domínguez,
- B., Olvera Y. (2005) "Dolor y sufrimiento humano". Editorial Trillas, México, D.F.
- Elias, N. (2009) "La soledad de los moribundos". Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- Farberman, D. (2010) "El psicólogo en el hospital pediátrico". Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Foucault, M. (2001) "Vigilar y Castigar". Editorial Siglo XXI. México, D.F.

Instituto Mexicano de Tanatología, A.C. (IMT) (2011) "¿Cómo enfrentar la muerte?". Editorial Trillas. México, D.F.

Le Clézio, J.M.G. (2009) "El día que Beaumont conoció a su dolor". Editorial Almadía. Oaxaca.

Médicos Cubanos (2012, mayo 01) "Médicos Cubanos.com, Portal del Médico Cubano". (http://www.medicoscubanos.com/diccionario_medico.aspx)

Morin, E. (2007) "El hombre y la muerte" Editorial Kairós. Barcelona.

Nieto, J. (2004) "Psicología para Ciencias de la Salud". Mc Graw Hill – Interamericana.

Madrid. Paulín, J. (2010) "Problemática de la noción de transferencia en Psicoanálisis". Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro.

Salvat, E. (1984) "Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas". Salvat Editores. México, D.F.