

Recibido: : 01.03.2020 | Aceptado: 30.04.2020

Palabras clave: Afectos, cáncer infantil, situación extrema, urgencia subjetiva, psicoanálisis con niños.

Construcción de un espacio clínico-terapéutico para niños con cáncer



EUNICE AMOR GONZÁLEZ OCHOA
eunicea_@hotmail.com
UNIVERSIDAD VERACRUZANA
MARÍA DEL CARMEN ROJAS HERNÁNDEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UASLP

La intención de este artículo es mostrar algunos aspectos de una experiencia clínica enfocada en la atención psicológica de niños diagnosticados con cáncer y en proceso de tratamiento médico para combatirlo (Gonzalez, 2018).

Esta atención se planteó desde una fundamentación psicoanalítica, lo que implica —entre otras cosas— que las intervenciones se dirigen a la forma particular en la que cada paciente —en este caso, cada niño—, experimenta su enfermedad y el tratamiento que conlleva. En consecuencia, el tratamiento apunta a la posibilidad de influir de manera constructiva en ese pasaje singular por la enfermedad, modificando a veces de manera definitiva la percepción de su realidad y las condiciones posteriores de su existencia.

¿Qué pasa por la psique de un paciente?

Con frecuencia desde la opinión pública se piensa que en el contexto hospitalario los tratamientos que se otorgan son exclusivamente dedicados a la atención de la enfermedad orgánica; sin embargo, desde hace tiempo, la atención a la esfera psíquica del paciente ha cobrado mayor importancia. La experiencia que originó lo que aquí se transmite corresponde a dos años de atención prestada en una institución de asistencia social en el estado de San Luis Potosí, que proporciona albergue y apoyo a niños diagnosticados con cáncer. El trabajo se sostuvo en dos fenómenos considerados inherentes a la situación de los pacientes: urgencia subjetiva (Calazanz y Bastos, 2008) y situaciones de carácter extremo (Pommier, 2011).

Con la urgencia subjetiva (Calazanz y Bastos, 2008) se alude a las conmociones generadas ante un cambio súbito en la cotidianidad del paciente, un evento que acontece sin ninguna oportunidad de preverlo ni mucho menos prevenirlo, por lo que, al no ser esperado, produce una fuerte conmoción

psíquica, como la que provoca un diagnóstico de cáncer. A su vez, llamamos situaciones de carácter extremo (Pommier, 2011) a aquellas que apuntan a la comprensión de las transformaciones suscitadas en el niño al verse sometido por un tiempo prolongado a acontecimientos catastróficos que retan su supervivencia, por ejemplo, los cambios corporales que resultan del tratamiento oncológico (la quimioterapia y radioterapia, entre otros procedimientos) y sus efectos secundarios, que en su conjunto producen un efecto devastador. Estos pacientes suelen encontrarse en una lucha por la supervivencia, a raíz de la cual su cuerpo se transforma a tal grado que incluso es irreconocible para ellos mismos, mientras que, simultáneamente sus lazos sociales se debilitan.

A partir de las nociones de urgencia y situaciones de carácter extremo puede entenderse cómo el niño queda expuesto de manera constante al dolor y al terror, por lo que se ve rebasado e invadido en sus pensamientos y en su imaginación ante la enfermedad. En consecuencia, las emociones que produce ante esta situación se tornan asfixiantes en la medida que le es imposible hablarlas; la experiencia queda registrada como un cúmulo de sensaciones y afectos desconcertantes, fuera de las posibilidades defensivas que tendría si pudiera expresarlos con palabras.

Atención clínica-terapéutica

El trabajo se realizó en el periodo de septiembre de 2014 a diciembre de 2016, se llevó a cabo en las instalaciones de una institución asistencial en la ciudad de San Luis Potosí, que alberga a niños de diferentes municipios del estado que requieren estancia los días

de su tratamiento oncológico. El objetivo básico consistió en disponer de un espacio terapéutico al cual el niño pudiera recurrir, donde le fuera posible expresar los temores tanto reales como fantaseados que le asediaran, con el fin de que perdieran su carácter terrorífico al permitirle explorar el sentido y origen de ellos.

Se observó que, en la medida en que el niño simbolizaba los efectos de la enfermedad —es decir, expresaba con lenguaje la experiencia de lo que le estaba ocurriendo—, generaba posibilidades de asumir cierta responsabilidad respecto a su sufrimiento y en la manera de transitar por él, dando lugar a que los cuestionamientos sobre su supervivencia y las fantasías de muerte que lo dominaron se convirtieran en oportunidades para tomar decisiones que repercutían en la posición que tomaba ante su existencia, sin sentirse capturado por las ideas de enfermedad o muerte.

Es importante hacer notar que algunos pacientes, niños o adultos, encuentran —a manera de compensación— en la experiencia de atravesar una enfermedad, como el cáncer, la oportunidad de obtener ventajas ante ese infortunio, pues su penoso recorrido por ella y su tratamiento los lleva a considerar que “han cubierto su cuota de sufrimiento” y que, por lo tanto, tienen derecho a exceptuarse de cumplir las normas y obligaciones que les conciernen; a esta condición Freud (1914/1979) la denominó excepcionalidad, de tal manera que, algunos niños, al identificarse como perjudicados por el cáncer, se concentran en las ganancias inmediatas que perciben, y es frecuente que ni ellos ni sus padres alcancen a prever

el efecto pernicioso que en algún momento puede presentarse con mayor impacto, es decir, que esto se traduzca como la pérdida o el daño de los vínculos que los mantienen enlazados socialmente; por ejemplo, cuando los niños superan la enfermedad y regresan a su vida cotidiana, no aceptan reasumir sus responsabilidades escolares o la disciplina cotidiana al interior de sus familias.

En consecuencia, se sugiere como elemento importante del tratamiento propuesto, aportar condiciones para que el paciente desista de exigir un monto de resarcimiento por su sufrimiento, ya que la responsabilidad de dicho sufrimiento no está colocada —aun cuando eso se le transmita— en quienes se encuentran a su alrededor, como los padres, por ejemplo. En ese sentido, las intervenciones estarán orientadas a defender la posición del niño para que no se reduzca a sí mismo a un mero receptáculo de la enfermedad, exento de asumir la responsabilidad subjetiva que le corresponde respecto a su sufrimiento y, sobre todo, a las condiciones posteriores de su existencia.

Se parte de la premisa que, para mantener su equilibrio intrapsíquico, todos los sujetos tendrían que estar en posibilidades de dar y recibir afectos y atenciones, pues se trata de un ejercicio básico en las relaciones sociales. Nadie puede permanecer en la recepción o la dádiva sin que, por consecuencia, se excluya del lazo social. Esto es necesario enfatizarlo para que las personas interesadas en contribuir a una causa filantrópica, discernan que una condición desventajosa, como el cáncer y otras tantas, no implica que quien la está afrontando pierda su condición

—con todas sus ventajas y responsabilidades— de sujeto social: él también dispone de recursos para compartir y atribuirse una posición responsable en su contexto social y familiar, y esta condición no debe ser avasallada por impulsos de cuidados excesivos, por que esta sobreprotección le niega su pertenencia al campo social y si se excluye de él, ¿en dónde se le ubica?

Metodología aplicada en la atención

Las intervenciones consistieron básicamente en atender los efectos psíquicos de las urgencias subjetivas y de las situaciones de carácter extremo en dos momentos: primero, el que implica la contención de los afectos producidos por los procesos de la enfermedad y del tratamiento, pues no es factible que el paciente en esta circunstancia tome responsabilidad de ellos, en tanto no sea resuelto ese primer momento que lo desborda en sus afectos y en sus fantasías; segundo, en el que se disponen elementos para posibilitar que lo siniestro y lo terrorífico cedan en su potencialidad al transitar, de las fantasías ominosas a la palabra, del terror paralizante a la recuperación de las funciones psíquicas necesarias para sostener su existencia en las mejores condiciones posibles.

Un recurso invaluable en esta práctica clínica con niños fue el juego (Dinerstein, 1987), por ser la modalidad privilegiada y propia de los niños para dar trámite a sus experiencias ante las imposiciones de la realidad y lo que ante ello es producido imaginariamente. De esa manera, las representaciones psíquicas escenificadas durante el juego libre elegido por el niño pueden ser interpretadas, permitiendo que fluyan los procesos que reestructuren lo que el diagnóstico y

la enfermedad conmocionaron y paralizaron. Es decir, de manera general, ante las imposiciones que la vida y la existencia conllevan, es posible que un niño mientras juega reconstruya su mundo las veces que sea necesario, por ejemplo, mediante la papiroflexia y por medio de cada pliegue el niño experimenta la posibilidad de una transformación.

Cuando el niño se encuentra en posibilidades de simbolizar, es decir, de hablar sobre lo que siente y teme, entra en un proceso que le permite cuestionar, plantear y construir una realidad con respecto a las condiciones que se presentan ineludibles a la enfermedad. No obstante, su condición infantil puede ayudarlo a replantear el sentido de su vida y de sus vínculos sociales. Se habla del sentido de la vida porque, precisamente, las posibilidades de esta propuesta clínica implican la historia del paciente y los acontecimientos que se han precipitado por la enfermedad y que han fragmentado la posición que había mantenido en su vida y en su relación con los otros. Se trata de aspirar a que este episodio de enfermedad, sufrimiento y temores puedan tomarse como un evento de su existencia que se torne estructurante, en tanto pueda transformarse en un paréntesis para retomar su vida desde la integración de esa vivencia.

En síntesis, hay casos en los que el transcurso de estas experiencias les permite a los niños reflexionar sobre el sentido de su existencia, lo cual propicia condiciones para que los fines que se buscan en esta propuesta de tratamiento se vuelvan relativamente más factibles. Por el contrario, hay pacientes a los que esta experiencia los paraliza y se ven aterrados y aplastados por


el miedo a la muerte; en estos casos, la atención y las intervenciones se centran en contrarrestar esa parálisis. Es sabido que, en todos los ámbitos, una crisis sirve para replantearse lo que hasta el momento había sucedido. Para terminar, una reflexión de Freud al respecto:

Es preciso que el paciente cobre el coraje de ocupar su atención en los fenómenos de su enfermedad. Ya no tiene permitido considerarla algo despreciable; más bien, será un digno oponente, un fragmento de su ser que se nutre de buenos motivos y del que deberá espigar algo valioso para su vida posterior (Freud, 1914/1980, p. 154).

Conclusiones

Esta experiencia clínica mostró la factibilidad de generar efectos terapéuticos a partir de los principios psicoanalíticos fundamentados en la escucha atenta de las condiciones únicas y singulares de cada niño, sin reducirlo a la categoría de paciente terminal. Inicialmente, ante el derrumbe que el diagnóstico implica en la vida no sólo del niño, sino de su familia y de quienes lo rodean, el vínculo terapéutico tenía un efecto de contención; pero al entrar en concordancia con su dolor y con sus resonancias afectivas, puede propiciarse en encuentro de un sentido para continuar la vida, viviendo la infancia que les corresponde, jugando.

Finalmente, al contemplar la posibilidad de futuros trabajos de intervención clínica y terapéutica, es fundamental en el caso específico de los niños la práctica

de una escucha rigurosa del lenguaje que ellos elijan para comunicarse, pues ante un clínico no atento a sus diversas manifestaciones estos simplemente callan. El trabajo en proximidad con el niño ante situaciones extremas implica acompañar en la exposición al peligro de muerte, el terror y la confusión, por lo que requiere la construcción de un espacio clínico-terapéutico que garantice al niño la seguridad de que la recuperación física y psíquica es posible; espacio en el que pueda redescubrir alternativas satisfactorias, es decir, que los encuentros clínicos le generen experiencias creativas inéditas que sean estructurantes. 

Referencias bibliográficas

- Calazans, R. y Bastos, A. (2008). Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 11(4), pp. 640-652.
- Dinerstein, A. (1987). *¿Qué se juega en psicoanálisis de niños?* Argentina: Lugar Editorial.
- Freud, S. (1914/1979). Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de Sigmund Freud*, 14, pp. 313-340. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914/1980). *Recordar, repetir, reelaborar*. En: J. Strachey (Ed. y trad.) *Obras completas de Sigmund Freud*, 12, pp. 145-158. Buenos Aires: Amorrortu.
- Pommier, F. (2011). *Lo extremo en psicoanálisis*. Chile: Universidad de Chile.



EUNICE AMOR GONZÁLEZ OCHOA

Es doctora en Psicología con mención honorífica por la Universidad Veracruzana. Actualmente es psicóloga infantil en Otra Oportunidad, A. C. y trabaja en el proyecto "Fundamentos de la práctica clínica psicoanalítica en situaciones extremas".

