

Bondades, dificultades y perversiones de los equipos hospitalarios que tratan a los niños y sus familias¹.

Pascual Palau Subiela²

Todos conocemos la importancia que tiene el trabajo que desarrollamos atendiendo a los niños enfermos y a sus familias. Y ésta es una oportunidad para reflexionar, juntos, sobre la complejidad del mismo y sobre las posibilidades de mejorarlo.

Para empezar les hablaré de situaciones vividas en varias instituciones hospitalarias.

Como ejemplo de las innumerables *bondades* que emanan de los equipos hospitalarios que atienden a niños y padres, les hablaré de la evolución de una madre que padeció insomnio desde que comenzó la difícil gestación de su hijo, el cual fue ingresado con pocos meses, a causa de una grave anorexia primaria con vómitos.

La madre nos dijo al ingresar al niño:

“Llevo mucho tiempo sin dormir, meses, y no sé como una persona puede aguantar tanto tiempo sin dormir”.

El grave insomnio de ésta madre quedó resuelto en éste ingreso y voy a resumir dos momentos que explican ése cambio.

El primer momento se produce gracias al efecto de arropamiento y contención que el equipo le dispensa, desde un investimento tierno y maternal, especialmente en los días en los que se ha iniciado la alimentación del niño a cargo de enfermería. Alimentación que provisionalmente es delegada en un tercero para rescatar a la díada de un momento traumatógeno y obtener un tiempo que permita reconstruir una modalidad relacional más lúdica y tierna entre la madre y su bebé.

¹ Conferencia pronunciada en las III Jornadas: Niños, Adolescentes, Adultos: ¿dónde está el sujeto? Universidad de Alicante en 2007. Publicada en el nº 8 de la Revista Iberoamericana de Psicología de Diciembre del 2007, editada por SEPIA. Bilbao. España.

² pascualpalau@gmail.com

En esos días, de forma espontánea, algunas enfermeras y auxiliares charlan con ella, le hablan de sus propias dificultades como madres, le preparan infusiones de hierbas, la miman. La madre se siente muy agradecida y, de forma espontánea, relaciona la aparición de las ganas de dormir, con las atenciones recibidas por parte de un equipo que se comporta como una madre cálida y afectuosa con ella:

“Ahora tengo la sensación de sueño. Sin embargo en todo el embarazo tenía insomnio y no dormía ni de noche ni de día”. Dirá ella.

Ése acercamiento del equipo ayuda a rescatarla de la vivencia de angustia-desamparo que ha venido experimentando desde un año atrás.

Se trata de una labor que le permite sentirse investida afectivamente y fomentar en ella una reanimación del proceso de reinvestimento libidinal de su narcisismo primario con el resultado de un reinvestimento tierno de su propio hijo.

En consecuencia, cuando lleva dos días sin vivirse expuesta al angustioso momento de alimentar, comienza a despertarse también el hambre en el niño que comienza a salir de su hipersomnia depresiva.

El segundo momento, enlazable con el anterior, está ligado a la disminución de la supresión emocional en la madre, que se manifiesta con la posibilidad de poder enfadarse con una auxiliar.

Hecho que ella relata del siguiente modo:

“Anoche me quedé dormida y no me desperté. Se ve que con todo lo que exploté. Me sentía temblar por dentro y con el primero que vino descargué mi enfado. Y cenando me quedé dormida. No me di cuenta. Ya hacía más de un año que no me quedaba profundamente dormida y esta mañana me he despertado muy bien”.

Al preguntarle qué es lo que ella relaciona con el enfado que siente esa tarde, me dice:

“Mis padres no querían que yo estuviera aquí, querían que yo me fuera. Vienen y me perjudican con esas malas caras. Y me piden que se le hagan más pruebas al niño. Mi madre viene para que yo no padezca pero me lo hace pasar mal porque ella no deja de padecer. Mi madre es madre pero no comprende mis intuiciones. Es muy extremada, muy dramática, me pone malas caras y cuantas más malas caras, yo peor”.

En los días siguientes ella comenta: “ahora tengo un sueño que me caigo.

Aunque me duermo tan a gusto que me siento culpable, como si hiciera algo malo”.

Para abordar *las dificultades*, visibles en éste primer caso, con las que se encuentran los equipos hospitalarios, les hablaré ahora del caso de José un niño de 18 meses que, desde su nacimiento, no ha dejado prácticamente de estar enfermo de trastornos respiratorios, cuadros febriles y una severa anorexia primaria con vómitos.

Con el fin de que coma, los padres lo hacen llorar, cada vez, riéndolo. Se le tapan los ojos para que no vea llegar la comida y se aprovecha el momento en el que abre la boca llorando, para introducirle la cuchara.

El aspecto del niño es desolador, no muestra signos de interés por nada, su mirada parece congelada y perdida, se percibe un estado impasible, sin energía, con una atonía motora y expresiva, signo de profunda depresión. Padece un cuadro bronquítico y febril persistente desde hace varias semanas.

El estado del niño y la inminencia de la separación de pareja, convierten a la situación actual en situación de alto riesgo.

Ante la infructuosa intervención psicoterapéutica de varios meses, desde consultas externas, se recomienda el ingreso del niño, informando a los padres que se trata de un ingreso que tiene que permitir analizar el estado psíquico de su hijo, así como el modo de sacarlo de la situación depresiva y traumática en la que se encuentra inmerso.

Como en otros casos similares, me reúno con los pediatras y enfermería para organizar el modelo de atención que les vamos a dispensar, coordinando todo el personal que va a estar en contacto con la familia a lo largo del tiempo de hospitalización.

El conocimiento adquirido hasta ese momento sobre el desarrollo del niño es el punto de partida de varias premisas iniciales, que sirven para instaurar un primer abordaje, con el fin de alcanzar varios objetivos:

- *Rescatar* al niño de los malos tratos en el tiempo de alimentación y a la madre de la situación traumática en la que se encuentra.
- *Investigar* el estado psíquico del niño.
- *Tratar* con psicoterapia a la triada.
- *Restaurar* el estado de cierta satisfacción, que parece haber existido entre los 3 y los 6 meses.

- *Devolver* la alimentación del niño a su madre cuando el trauma alimentario haya cedido para que, tanto la madre como el padre, puedan ocuparse de nuevo de él en condiciones óptimas.

Explico a los padres los motivos y el método que vamos a comenzar a utilizar de manera clara y detallada. Explico a la madre que necesitamos que ella pueda recuperar un lugar, en su relación con el niño, sin la angustia y la violencia que hasta ahora están viviendo los dos. El niño necesita una mamá buena y la madre necesita sentirse buena para el niño.

Se hace una puesta en común con enfermería para definir los objetivos y las estrategias:

En las reuniones que mantengo con enfermería, hablamos de la situación traumática de la triada y en especial del niño y de la madre. De la importancia de arrojarla para aliviar su estado traumático, evitando a toda cosa que puede vivirse reprochada ó culpabilizada. Dejamos bien claro el objetivo de ayudarla a recuperar una posición de madre buena. Consideramos la situación de ambivalencia que viven los padres, y de manera especial la madre, hacia nosotros, y la posible agresividad que pueden manifestarnos.

Dejamos bien sentada la noción de traumatismo y el sufrimiento ligado al mismo y las conductas de repetición de lo traumático que podemos encontrar ante situaciones en las que el sufrimiento no obtiene alivio. Hablamos de las dificultades contra-transferenciales con las que nos podemos encontrar, teniendo en cuenta nuestras experiencias en casos similares. Hablamos de las críticas ó adulaciones que se puedan formular, como ha sucedido en otros casos, hacia una parte del personal, intentando obtener una alianza en contra de otra parte con unos efectos de división. El equipo debe de mantener su cohesión y hablar de su malestar en las reuniones que se vayan habilitando para las puestas en común.

Tras un esfuerzo de equipo, mantenido, primero en planta y después en consultas externas, el rechazo alimentario ha cedido y dado paso al gusto por comer.

La madre ha ido poco a poco reencontrando su capacidad de vivirse alegre y con fuerzas y claridad suficiente para ir introduciendo cambios en su estilo de vida.

El padre que se mostraba tan irritado, cuando no violento, ha podido ir encontrando sosiego al vivirse aliviado de su angustia y de la vivencia de culpabilidad que sentía al no poder evitar ni la situación del niño, ni los enfados que experimentaba.

Varias premisas esenciales estuvieron presentes en ésta intervención:

- No sólo es necesario tratar el sufrimiento psíquico del niño sino también, siempre que sea posible, el de la madre y el padre.
- La violencia tiene su origen en una experiencia de sufrimiento psíquico que es necesario ayudar a entender para lograr su alivio y su superación.
- El dolor psíquico se encuentra, frecuentemente, arraigado en las vivencias transgeneracionales y en las experiencias tempranas del sujeto. Motivo por el que, además de mejorar en lo posible las condiciones de vida actuales, se hace necesario investigar y entender los diferentes tiempos y circunstancias en los que se produjo.

Vemos pues que a lo largo de ésta intervención fueron apareciendo diferentes dificultades:

Unas estaban ligadas a los efectos contra-tranferenciales que la patología parental, bajo el signo de la negatividad y a veces de la manipulación, era capaz de infundir en el personal implicado en la atención del niño; todo se hacia mal, para ellos, mientras la amenaza de culpabilización violenta, de mala praxis, pendía de un hilo.

Otras estuvieron ligadas al rechazo que se originó entre una parte del personal de enfermería y en algún pediatra hacia los procedimientos psicoterapéuticos que se fueron implantando en el tratamiento del niño.

Finalmente, esta psicoterapia de la triada madre-padre-niño en el contexto hospitalario permitió no sólo iniciar la ayuda especializada en un tiempo en el que el niño se encontraba necesitado de la doble atención médica y psicológica, también permitió una familiarización para el personal sanitario, necesitado en desarrollar la capacidad de atender las manifestaciones físicas y aprender a escuchar la realidad emocional del niño enfermo y de quien lo acompaña.

Estas situaciones complejas nos llevan, necesariamente, a tener que pensar en el origen de la violencia que se produce en una familia necesitada de ayuda, y así comprender los diferentes tiempos del sufrimiento que la despertó y la mantuvo en cada uno de sus miembros.

Ahora les hablaré de varias situaciones en las que el objetivo de una relación de ayuda al paciente se desliza hacia su *perversión*.

Primera situación:

Siete meses después de una gestación de riesgo, la ginecóloga de una joven madre primeriza decide practicarle una cesárea con epidural. Después de haber sacado al bebé y mientras examina la situación de sus órganos, le dice " *lo veo todo muy pegado, yo de ti no tendría más, esto está bastante mal*". Éste anuncio, en un momento en el que la madre se encuentra intensamente angustiada por el estado del bebé y de sí misma, aumentará notablemente su vivencia traumatógena en la que se encuentra sumergida y la dejará psíquica y emocionalmente paralizada.

Meses después, mientras la atiendo, junto a su bebé, de una grave depresión post-parto que se acompaña de intensas ideas infanticidas y suicidas, me dice que, a pesar del sufrimiento que le causó aquel anuncio, ella cree que su ginecóloga se preocupaba por ella, porque unos días después del parto la llamó a su casa para ver cómo se encontraba, aunque también ha observado, me dice, que después de casi todas las visitas a las que acudió en el tiempo de gestación, se ha sentido mal por algunas cosas que le decía, aunque técnicamente piensa que ha sido muy bien atendida.

El hecho es que, en esas situaciones, de gran debilidad, en las que se pone en sus manos, siente que existe una manera de decirle las cosas que cala dentro de ella generándole un malestar posterior que la lleva a mirar con inquietud y negatividad el futuro.

Segunda situación:

Pedro es un bebé de ocho meses que se encuentre ingresado en la UCI pediátrica por problemas respiratorios. El diagnóstico aún no es suficientemente claro y el equipo médico plantea a los padres la necesidad de practicar una biopsia del tejido muscular. Según les indica el médico que lleva al niño, los resultados no estarían hasta dentro de tres meses. Preguntando al facultativo, los padres deducen que la biopsia puede ser practicada después del alta y que, en lo inmediato, no va a contribuir a mejorar o modificar la estrategia terapéutica.

Considerando que el niño se encuentra ya varias semanas en la UCI y que su estado emocional, depresivo, se encuentra fuertemente impactado por la separación, y las manipulaciones a las que se encuentra diariamente sometido, los padres deciden que la biopsia sea practicada cuando haya mejorado su estado y una vez obtenida su alta.

Ante su negativa y después de que el facultativo habitual usara, sin éxito, el argumento de la necesidad de cumplir con el protocolo diseñado para estas situaciones, es el responsable del servicio quien, al día siguiente, someterá a la madre a una entrevista-interrogatorio para conocer sus razones y reiterarle los argumentos en favor de practicar la biopsia.

Viendo que la madre no cede, este pasa en un segundo tiempo, de manera claramente intimidatoria y coactiva, a responsabilizarla de las supuestas graves consecuencias que podrían derivarse de su obstinación, por no acatar el mandato médico, y recriminarla abiertamente al calificarla de irresponsable.

Creo que no es necesario que me refiera a la intensa angustia y sentimiento de culpa que invadió a ésta madre, después de que el médico, muy contrariado, se marchara sin haber logrado convencerla.

Tercera situación:

Una madre angustiada que tiene a su hijo de dos años en la UCI se interroga sobre el modo en el que son atendidos los padres que, como ella, esperan al corto tiempo reglamentario de visitas, que tienen para ver a sus hijos.

¿Por qué, casi todos los días, las enfermeras se retrasan 15 o 20 minutos sobre el horario previsto para facilitar el acceso de los padres?

Al principio, al igual que otros padres, ella pensaba que algo malo le estaba sucediendo a algún niño y ése era el motivo del retraso. ¿Estaría peor su hijo? ¿Habría fallecido algún niño y este era el motivo de que aún no permitieran ver a sus hijos?

Al cabo de unos diez días comprendió que no existía ninguna urgencia de última hora que justificara el retraso, sólo dependía de la voluntad arbitraria de las enfermeras encargadas de regular el acceso al tiempo de visitas.

También se pregunta si el personal sanitario no puede darse cuenta del enorme impacto que produce, en los padres que esperan el tiempo de visita, que saquen de la UCI, delante de ellos, a los niños fallecidos.

¿Qué sucede con la sensibilidad del que atiende al que sufre desde una posición de necesaria dependencia, esa sensibilidad desde la que debiera de poder empatizar y evitar el aumento del sufrimiento que resulta tan colapsante y destructivo?

¿Estamos suficientemente prevenidos de los efectos que pueden derivarse de nuestra historia personal y del riesgo de deslizarnos fácilmente hacia la realización omnipotente de *la posición de poder* ayudar, a la que se tiene que prestar, sin resistencia, el paciente y su familia?

¿Cómo mantenernos prevenidos y preparados?

Sea cual sea su edad, el niño debe de ser considerado como un sujeto completo, indisociable de su familia a la que hay que cuidar y respetar. Creo que se trata de un postulado ético que conviene mantener en cualquier situación clínica de terapia o de prevención.

Si la empatía es el mejor medio de entrar en contacto con el conjunto de las turbulencias emocionales que caracterizan los sufrimientos precoces de los bebés y de sus familias, también permite metaforizar lo que sucede en las situaciones interactivas y desarrollar una creatividad de la que puede beneficiarse el equipo dispuesto a escucharse a sí mismo en un trabajo regular de narración y de puesta a distancia de sus vivencias.

Pero la empatía no es un estado emocional de confusión ó de suplantación del otro y debe de contemplar no sólo las diferencias sino también las discrepancias y los tiempos de incompreensión.

El trabajo de contención empática del sufrimiento psíquico ajeno requiere, desde la receptividad y la diferenciación, pensar sobre el sentido que tiene lo que se siente.

Se trata de transformar las profundas tensiones no metabolizadas y derivadas del sufrimiento primitivo, en elementos psíquicos emocionalmente identificables por el propio sujeto.

La atención prestada por el clínico debe de incluir el esfuerzo por elaborar las ansiedades primitivas a las que se encuentra expuesto, para mantenerse psíquicamente disponible. La función de sostén requiere de un trabajo de desciframiento y de simbolización que proteja a los equipos del impacto desorganizador de las ansiedades.

Para posibilitar una función metabolizante, el funcionamiento de los grupos de intervención clínica debe de ser al mismo tiempo maleable y firme.

¿Cómo podemos ir alcanzando éstos objetivos?

- Permaneciendo sensibles a las dificultades que tienen los padres y cuidadores para vivir su experiencia en la crianza y el cuidado de los niños, puesto que ellos necesitan ser escuchados en sus angustias, fallos, negaciones y frustraciones.
- Formando especialistas en psicopatología perinatal y en patología de la interacción.
- Y desarrollando una capacidad de intervención y reflexión pluridisciplinaria, mediante la creación de espacios interprofesionales e interinstitucionales de puesta en común, que incluyan a ginecólogos, obstetras, ecografistas, pediatras, psicólogos, psiquiatras, matronas, enfermeras, neurocientíficos, educadores y especialistas en atención temprana, entre otros, lo que nos permitirá aliviar las tensiones inherentes a cada ámbito de intervención y desarrollar un trabajo más fecundo que favorezca a las familias y a los propios equipos.