
Sala de Juegos Terapéutica. Algunas características del niño enfermo

Lic. Silvia Villanueva

*El juego
Es una necesidad psíquica
Es un signo de salud
Es un derecho.*

Toda enfermedad e internación provoca en el niño tensión psicológica y malestar general; implica reposo, drogas, dietas, terapéuticas médicas más o menos invasivas, y constituye una "crisis accidental" que lo aleja de su medio habitual y lo somete a una situación desconocida que se siente como amenazante en tanto acarrea el riesgo de pérdida de los aportes básicos relacionados con la estimulación, la vida familiar, la escuela, el grupo de pares, etc.

La enfermedad y la internación son para el niño una situación potencialmente traumática, en tanto la continuidad del desarrollo se ve amenazada al quedar suspendidos estos aportes básicos y verse incorporado a normas que son ajenas a las de su hogar, conviviendo con el llanto, el dolor y hasta la muerte de otros niños.

Si bien la elaboración emocional de este proceso dependerá de múltiples factores emocionales individuales y familiares, y rescatando que la internación conjunta con la madre ha permitido disminuir los cuadros de hospitalismo descritos en otros países, no podemos dejar de señalar que es un tiempo signado por cambios en el esquema corporal y en la rutina de vida.

A todos los acontecimientos el niño les va a otorgar un significado, un valor simbólico de acuerdo con el momento evolutivo, las fantasías que subyacen y su propia historia. Cuanto más pequeño es, las ansiedades que se movilizan son más arcaicas, vinculadas a sentimientos de aniquilación y desintegración, y las respuestas a estas vivencias son expresadas a nivel corporal. Entre los 18 meses y los 3 años, las vivencias de angustia están relacionadas con la pérdida del objeto externo, que ya se ha internalizado como representación mental, que satisface sus necesidades. Su supervivencia depende de esta figura, la madre; por lo tanto, toda maniobra médica y especialmente el dolor pueden generar angustia de abandono y cuadros de terror. Esto conduce

a que logros yoicos recientemente adquiridos y, por consiguiente, precariamente anclados, sean los que con mayor frecuencia se pierdan.

A partir del tercer año de vida y hasta los 5 años, se constituye la conflictiva edípica, los temores de estos niños enfermos se relacionan con el daño o la mutilación de su cuerpo. Cualquier sentimiento de culpa por desobediencia, deseos hostiles hacia un progenitor o hermanos, masturbación, etc. pueden verse confirmados en la enfermedad y, a su vez, toda intervención médica puede ser vivida como castigo y generar imprevisibles rechazos a la medicación o bien sorpresivos empeoramientos de la enfermedad.

En la latencia, las ansiedades que subyacen continúan siendo el temor al daño corporal, y se observa un abandono de los intereses edípicos, a favor de un creciente desarrollo de mecanismos psíquicos que permiten el aprendizaje, particularmente los de tipo obsesivo; por lo tanto, una información adecuada disminuye la ansiedad.

En la pubertad y la adolescencia, se producen una serie de modificaciones corporales, de adaptación a nuevas estructuras psicológicas, las ansiedades que aparecen están relacionadas con el esquema y la imagen corporal, las fantasías de muerte, etc.

Cuando se trata de niños, las experiencias de dolor causadas por la enfermedad son vividas de un modo que sólo se puede conjeturar, aunque se puede afirmar que les costará entender que, para mejorarlos o curarlos, deban hacerles doler y, en algunos casos, mutilarles sus cuerpos. Muchas veces procedimientos objetivamente insignificantes para los adultos pueden tener para el niño la misma trascendencia que una cirugía de alta complejidad.

La enfermedad e internación generan una regresión a niveles pasivos del desarrollo, pero hay que distinguir un gradiente que va de la vida

Coordinadora
Sala de Juegos
Terapéutica
Unidad de Salud
Mental
Hospital de Niños
"Ricardo Gutiérrez"
Gallo 1330 (1425)
Buenos Aires,
Argentina

útil y necesaria para ser cuidado y atendido a regresiones patológicas que comprometen su evolución. Cuando hablamos de regresiones normales, es importante que sean aceptadas por los padres y por el equipo médico; su rechazo o represión privan al niño de una defensa valiosa para mantener a raya la angustia, siempre que no perturbe el tratamiento o complique la evolución de la enfermedad. En el caso de las regresiones patológicas, se refiere a la aparición de varios síntomas de origen emocional que advierten la imposibilidad de metabolizar las ansiedades y temores que se despiertan ante esta situación, como trastornos del sueño (insomnio, pesadillas), de la alimentación, de la conducta, reacciones negativistas, fobias, marcada excitabilidad, pasividad, auto o heteroagresión, etc.

En la familia del niño enfermo, se produce también un desequilibrio: a la angustia por el hijo enfermo, se le agrega la ruptura de la continuidad de la vida familiar, traslado desde el interior del país, otros hijos que deberán quedar al cuidado de familiares o vecinos, problemas económicos, etc. El padre se ve obligado a repartirse entre su familia dentro del hospital y fuera de él, el niño y su madre deberán someterse a rutinas y normas hospitalarias que tienen poco en común con las de su hogar. El hospital queda convertido en el eje y centro de toda la angustia y el movimiento familiares. Sin embargo, y como para mostrar la complejidad a la cual nos enfrentamos, muchas veces, se observa que el niño y la madre reciben del hospital lo que no disponen en sus propios hogares, necesidades básicas que al verse satisfechas generan un beneficio secundario tal, y el alta es vivida con sentimientos ambivalentes. Además, hay que tener presente los efectos de la transculturación del grupo familiar, ya que muchas conductas pueden deberse a patrones y valores culturales de su medio ambiente y no a respuestas que, desde nuestra concepción, evaluaríamos como patológicas.

A las dificultades prácticas que surgen, debemos agregar la angustia y los sentimientos de culpa por el hijo enfermo, lo que, muchas veces, no le permite a la madre atender más que sus necesidades físicas, sin poder contenerlo adecuadamente.

Como síntesis, vemos cómo en ambos polos los beneficios secundarios, los sentimientos de culpa, la angustia, la ambivalencia, las fantasías de enfermedad, curación y muerte se entrecruzan, poniendo en juego las defensas y modalidades conductuales de todo el grupo familiar que intenta adaptarse a una situación de crisis que marca históricamente a la familia. Esta marca

será patológica o de crecimiento, lo importante por rescatar es que nos encontramos, como lo expresara acertadamente el doctor Gianantonio, "con la pulpa del funcionamiento familiar", es decir con los aspectos y reacciones más enfermas, pero también con los aspectos más vitales de crecimiento y de salud. Por lo tanto, cualquier intervención médica o terapéutica con ese niño y su familia tendrá un efecto multiplicador que marcará como una experiencia de vida enfermante o como favorecedora del crecimiento.

El objetivo primario del hospital es la curación física del paciente, en eso está abocado todo el equipo de salud; sin embargo, fue y es motivo de preocupación la calidad de vida de nuestros pacientes, es decir que al dolor físico, muchas veces inevitable, no se añada sufrimiento psíquico que comprometa el desarrollo emocional futuro del niño. Esta concepción integral y totalizadora es lo que permitió que la Unidad de Salud Mental de este Hospital, instalara en 1991, la Sala de Juegos Terapéutica.

El juego

Como idea general se dice que todo niño juega porque le es placentero o divertido, y esto es así. Pero, inmediatamente, surgen imágenes de niños accidentados jugando a chocar autos y otros juegos donde su contenido parece remitir exactamente a lo contrario de algo placentero. Freud planteó que lo placentero está dado por el pasaje de hacer activamente lo que se sufrió de manera pasiva. Desde aquí se comprende por qué los niños en el hospital piden las jeringas, temidas y odiadas, para jugar con sus muñecos o con sus mayores, y que sea otro el que tenga miedo.

El jugar no es solamente hacer activo lo pasivo, sino que a través del juego, se expresan deseos, temores, ansiedades, se descarga tensión, etc. Es en la repetición y en las variaciones que se vayan introduciendo en las situaciones lúdicas, donde el niño irá elaborando, ligando aquello que no pudo ser procesado y que lo conducirá paulatinamente a dominar su realidad objetiva y a organizar su mundo interno.

El juego, como dice Winnicott, conduce a la salud y a las relaciones de grupo. Es probable que la salud de un niño tenga en el juego una de las expresiones más claras y visibles. Por ende, las alteraciones en la salud (física o emocional) se verán reflejadas en la actividad lúdica, carácter de comunicación privilegiada que se constituye en la herramienta de la que nos valemos para

“conocerlo” y propiciar una mejor calidad de vida en los niños gravemente enfermos.

Se supone que si el juego es elaborador, el niño dentro del hospital vería incrementada su necesidad. Sin embargo, se observan pacientes que aun contando con material lúdico no juegan, o esta actividad se inhibe. Es así como muchas veces el juego se detiene cuando el nivel de excitación o angustia se incrementa y se hace insostenible, entonces el niño cambia de actividad o hace síntomas a veces transitorios. Es comprensible que, por la situación que está atravesando, se instale cierta conducta depresiva, más aún, cierto “aburrimiento”, que puede ser un síntoma que indica la dificultad de elaborar y de jugar una situación conflictiva.

Sala de Juegos Terapéutica

Objetivo general

Crear un espacio diferente dentro de la estructura hospitalaria, que le brinde a todo niño internado la posibilidad de elaborar las vivencias generadas por la enfermedad e internación, a través del juego, y de establecer vínculos significativos con los terapeutas que en ella desarrollan su actividad.

Objetivos específicos

Prevención, detección y seguimientos terapéuticos.

Prevención

Toda estrategia terapéutica que tienda a evitar el daño psíquico a través del ofrecimiento del espacio lúdico, donde pueda encontrar la contención que le posibilite el desarrollo de la actividad lúdica en su función elaboradora y expresiva.

Además, puede relacionarse con su grupo de pares que, al estar en situaciones parecidas, favorecen el comunicar y compartir vivencias generadas por la internación, ya sea verbal como lúdicamente, lo que posibilita el acceso a una elaboración grupal y a una resocialización, para la futura reinserción en su medio.

La propuesta es intentar rescatar al niño como niño desde su aspecto más vital, el jugar, para que desde allí pueda hablar de su “acontecer”, de su “padecer”, en donde a veces el “jugar solo en presencia de otro” (Winnicott) adquiere toda su dimensión creadora.

Detección de la problemática emocional

Hay pacientes inhibidos, deprimidos, ansiosos o sumamente hostiles. Algunos no pueden decir nada ni verbal ni lúdicamente y sólo repiten en forma estereotipada el manejo de algún juguete. El juego libre permite una observación privilegiada. En el pase diario, se evalúan los distintos aspectos desplegados: elección de material, contenido, conducta, verbalizaciones, defensas predominantes, indicadores en el juego, angustia y diagnóstico médico, a los fines de decodificar las características del niño, sus necesidades y puntos de urgencia. Luego, se establecen las estrategias por seguir, ya sea dentro de la Sala, o realizar algún seguimiento individual.

Seguimiento terapéutico

Es el abordaje psicoterapéutico realizado durante el período que dure la internación y la enfermedad. La inhibición de la actividad lúdica se vincula a dos factores: a) por su compromiso orgánico y el dolor físico concomitante, la libido está volcada sobre su propio cuerpo; b) esta actividad lúdica se interrumpe cuando surge angustia, hasta que finalmente abandona todo intento y hace síntomas, a veces transitorios, que indican la dificultad de elaboración por el carácter terrorífico de las fantasías que subyacen. El seguimiento individual puede originarse por la detección de los profesionales de la Sala, por la demanda del pediatra a cargo u otros integrantes del equipo de salud, o por pedido de los padres. Se realiza un trabajo interdisciplinario en el que hay un intercambio continuo de las distintas miradas que ayuden a comprender mejor al niño y su familia.

Se asiste a pacientes de Hematología, Traumatología, Cirugía, Nefrología, de Unidades de Clínica, etc.

Estadística

Se efectúan alrededor de 450 prestaciones por mes, entre los pacientes que asisten a la Sala y los seguimientos individuales.

La Sala de Juegos Terapéutica cuenta con el apoyo de la Asociación “Juego y Vida”, entidad sin fines de lucro de apoyo a la infancia y a la adolescencia, que promueve esta modalidad de trabajo en hospitales con internación pediátrica. Actualmente existen estas Salas en los Hospitales “Juan P. Garrahan”, Italiano, “Juan A. Fernández” y en el Hospital de General Pacheco.