

Artículo Original

# COMUNICACIÓN PERSONAL ABORDAJE PSICOLÓGICO Y RESILIENCIA EN HIV PEDIÁTRICO

Goldberg, Jorge Ariel.

Doctor en Psicología. Magister en Patologías del desvalidamiento. Psicólogo de Planta, Hospital F. J. Muñiz.  
Miembro Fundador del Grupo Psicoanalítico D. Maldavsky.

<https://doi.org/10.55634/1.2.7>

## RESUMEN

En relación al develamiento, la función primordial del abordaje de proceso es la de contribuir a que cada paciente construya una significación personal de aquello a lo que lo que, desde el campo de la salud, denominamos adherencia al tratamiento. A estos procesos psíquicos, algunos de nuestros pacientes los despliegan más firmemente, otros los inician y se detienen en algún punto, y un grupo restante nunca lo inicia, quedando en una postura meramente pasiva. Estas diferencias probablemente dependan del mundo familiar y de los recursos anímicos (la disposición a la resiliencia) con los que se cuenten en cada caso. Con nuestro abordaje de proceso pretendemos respetar y no avasallar esas diferencias.

**Palabras clave:** resiliencia HIV SIDA Pediatría.

## INTRODUCCIÓN

Hace ya muchos años, cuando comencé mi práctica clínica en el hospital, e intentaba hallar ciertos parámetros para precisar mi función específica, era frecuente que uno de los pediatras de mayor experiencia me pidiera información sobre “la estructura psicológica” de los pacientes que atendíamos a diario. Ante su insistencia, yo me sentía ante una situación de difícil salida, dado que las eventuales respuestas que podía pergeñar a esa demanda, contenían un lenguaje psicoanalítico (por ejemplo: referirme a un psiquismo en constitución, o a determinadas pulsiones e identificaciones, etc.), que me daba la impresión que no era lo que aquel médico deseaba recibir de mí.

Aquel pedido suscitaba una objeción interna a responder, algo que yo mismo no lograba entender. Tiempo después entendí que buena parte de mi malestar se debía a que el pediatra me convocaba a jerarquizar lo estático, la estructura, cuando lo más notorio en la niñez no es la supuesta estabilidad de la estructura, sino más bien cómo se despliegan procesos de transformación, de cambio psíquico.

De hecho, en mi experiencia ya era notorio como muchos de mis pacientes del Hospital desplegaban un trabajo psíquico mediante el cual generaban diversas hipótesis, de creciente complejidad, con el propósito de darle carnadura psíquica al virus, transmutarlo en un objeto aprehensible por el pensamiento y la experiencia emocional.

Otra cuestión relevante fue el desafío de participar en trabajos de investigación de tipo interdisciplinario (Hirsch *et al.*, 2010) en los que nos proponíamos evaluar, en niños, niñas y púberes afectados por el HIV, la calidad de la adherencia al tratamiento médico y las teorías que construían en relación a las causas por las que recibían medicación. En las investigaciones reapareció el problema de estudiar los problemas psicológicos complejos, entre ellos el modo en que estos niños y niñas procesan psíquicamente la condición de enfermos orgánicos y, a la vez, hallar un lenguaje, una terminología que, en la medida de lo posible, no sea cerrada ni hostil respecto de los profesionales que trabajan a nuestro lado y que desean, con nuestro aporte, enriquecer su propio punto de vista en relación al paciente.

El término resiliencia, de creciente circulación social, me hizo considerar la posibilidad de su uso en la medida en

que yo le pudiera conferir una significación precisa (y de ese modo evitar el obstáculo que los términos meramente descriptivos conllevan a la hora de afinar el rigor conceptual).

La definición de resiliencia que guía este trabajo es la que sigue: “es una capacidad del psiquismo de capturar lo traumático –gracias a algún soporte vincular- creando condiciones psíquicas nuevas” Zukerfeld y Zonis Zukerfeld (2011).

En este texto vamos a focalizar en dos cuestiones que son de crucial importancia para que el psicólogo y el pediatra cuenten con elementos para contribuir a que los pacientes desplieguen una postura vital, acorde a la resiliencia:

- 1) Sensibilizar respecto de la importancia que tiene para niños y niñas con HIV el apoyar activamente la tarea de generar representaciones y sentimientos respecto de la patología orgánica. Esta tarea debe ser una de las metas del trabajo terapéutico.
- 2) El modo de manejar la labor tendiente al develamiento diagnóstico es de crucial relevancia para que en estos niños y estas niñas se afirme la posición psíquica acorde a la resiliencia.

### *1) EL PROCESAMIENTO PSÍQUICO DE LA AFECTACIÓN POR EL VIH EN NIÑOS Y NIÑAS*

#### **I. HISTORIA DE UNA MODALIDAD DE ABORDAJE**

Cuando se me presentó, a comienzos de los años noventa, la oportunidad de trabajar en un Hospital público en la sala de Pediatría, en atención de niños y niñas afectados por el virus HIV, tuve una sensación mixta que reunía una difusa alegría y una nítida sensación de angustia. A poco de comenzar detecté uno de los motivos de mi ansiedad. ¿Cómo podría yo, psicólogo con orientación psicoanalítica, hacer pie en mi formación de base y apoyarme en esa teoría para brindar un aporte a estos pacientes que, en aquellos primeros tiempos, transitaban la vida entre los dolores orgánicos y las acechanzas de la muerte? De hecho, ubicar la finalidad de nuestra tarea en la sala no fue fácil, ni una directa derivación de ningún libro.

La necesidad de encontrar el perfil de nuestro trabajo surgió a partir de problemas concretos. El más significativo comenzó a perfilarse cuando algunos de los niños o niñas internados, una vez que establecían transferencia con el terapeuta, dibujaban espontáneamente figuras en las que parecía hallarse

expresada la fantasía del contagio, y sobre todo, la de la enfermedad, e incluso del destino al creían encaminarse. Estas producciones, estos mensajes, abrían una puerta al diálogo (¿qué me está pasando? ¿cómo pueden ayudarme? ¿qué puedo esperar? ¿cómo me enfermé?) que me incluía y a la vez me excedía.

En ese momento cobra importancia el trabajo interdisciplinario. El equipo de pediatras, de formación tradicional, no tenía disposición ni para este trabajo de conjunto, ni para escuchar a sus pacientes y, en la comunicación diagnóstica, sólo consideraban como interlocutor, a los adultos responsables de ellos.

Un grupo de profesionales de diversas disciplinas comenzamos a interrogarnos acerca de qué debíamos hacer con respecto a lo que los dibujos dejaban entrever: el deseo de los niños y niñas de escuchar hablar de su cuerpo, de la enfermedad, de la medicación. Caímos en cuenta de que nuestra inacción podía reforzar el estado de indefensión en que se encontraban.

*Fuimos haciendo un trabajo en dos direcciones:*

1) Hacia las familias, tratando de conocer cómo se había tramitado en ese marco la cuestión. En su gran mayoría, reconocían qué, ante las preguntas que les hacían no lograban encontrar respuestas satisfactorias y recibían con alivio que pudiésemos ayudarlas a elaborar las respuestas posibles.

2) Una consulta hacia las leyes o códigos. No existía referencia alguna en torno al proceder desde la psicología en estas situaciones. Eran leyes "adultocéntricas", esto llevaba a concluir que los niños y niñas no estaban contenidos en el Derecho. Eran enfermos niños o niñas y quedaban fuera del cuerpo de la ley. Hubo que remontarse a la Convención sobre los derechos del niño<sup>1</sup>, que en su artículo 12, menciona:

1) Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño. 2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea

directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional. (ONU, 1989)

## II. LA FUNCIÓN DE LA FIGURABILIDAD COMO LOGRO DE LA VITALIDAD ANÍMICA

La afectación del cuerpo de un niño o niña por el HIV por vía vertical tiene afinidad con lo que solemos entender en psicoanálisis como neurosis traumática (Freud, 1920g). El sistema avasallado en este caso es el sistema inmunitario infantil y el factor avasallante es el virus proveniente del cuerpo materno, el cual deja como sedimento la transmisión de una patología, una marca orgánica indeleble.

Para quien que atraviesa este trance vital, un desafío clave para su capacidad resiliente es el de sustraerse del riesgo de que la neurosis traumática, acechante desde la historia de la contracción de la patología orgánica, se entronice como estructura psíquica dominante. En buena medida, esto es así porque el contagio ocurre en un momento de máximo desvalimiento, antes de la posibilidad de apelar a alguna defensa (inmunológica o psíquica), de contar con la capacidad para registrar vivencias o emociones y generar representaciones del hecho. De tal modo, el estado de desvalimiento inicial es estructural, no aleatorio. Esta carencia de la materia prima para el trabajo de pensar, resulta una exigencia para la vitalidad anímica de cada quién. Cuando disponen de recursos vitales se advierte que se sobreponen a este obstáculo y conquistan la figurabilidad (Botella, 2014, Goldberg, 2018); es decir, generan material anímico apto para pensar la enfermedad orgánica en relación al cuerpo propio. Es posible inferir que el esfuerzo coligado de la pulsión de apoderamiento de los traumas (Freud, 1920g), del deseo de inteligir la verdad (Freud, 1937d, Bion, 1962) y del deseo de sanar (Freud, 1933a, Maldavsky, 1996) facilite la creación de esta función de figurabilidad, la cual tiene como contribución esencial que la neurosis traumática acechante no resulte el desenlace psíquico prevalente.

Si en una persona que contrajo el HIV en su adolescencia o adultez, advertimos un empuje a procesar

<sup>1</sup> La Convención sobre los derechos del niño tiene jerarquía constitucional en Argentina desde el año 1994.

psíquicamente cómo llegó a tal situación, puede hallar escenas, recuerdos, de ciertas decisiones psíquicas, las cuales pueden volverse objeto de su autocrítica. Por ejemplo: “Yo hace unos años ‘estaba en cualquiera’: con mi grupo de amigos sentíamos que nada nos podía pasar. Todo el día estábamos de fiesta. Tampoco cuando me dieron el diagnóstico di mucha bola. Pero después de esta internación, creo que me cayó una ficha”. En el contexto de un proceso psicoterapéutico, un relato de este tipo es posible en un adulto que procura desplegar un duelo de una posición (la de “estar de fiesta todo el día”) en camino a investir una nueva perspectiva psíquica que tome en consideración la admisión de la enfermedad orgánica en el cuerpo propio y el requisito ineludible del tratamiento médico para afianzar el cuidado de su salud. Lo que deseo enfatizar es que en pacientes adultos la posibilidad de establecer enlaces causales entre un conjunto de hechos recordables (en el ejemplo previo, las vivencias de la época en que estaba todo el día de fiesta) y un conjunto de efectos (le “cayó la ficha” de que está enfermo), es algo que facilita el trabajo psíquico.

Los niños y niñas infectados verticalmente, que intentan rescatarse del riesgo de que se entronice una neurosis traumática en su subjetividad, tienen una tarea previa y primordial: crear las emociones y las representaciones con las que luego puedan construir pensamientos. El trabajo terapéutico, según yo lo entiendo, tiene como una de sus tareas fundamentales contribuir a crear las emociones y las representaciones para que se pueda plasmar el mencionado procesamiento psíquico.

### III. LA CONSTRUCCIÓN DEL VÍNCULO. UN DESAFÍO PARA EL EQUIPO DE SALUD

La condición estructural que coloca a niños y niñas que contraen el HIV por vía vertical en una situación de desvalimiento orgánico y anímico, sumado a los requerimientos del tratamiento médico que incluye prácticas naturalmente invasoras (pruebas diagnósticas, extracciones de sangre, controles, etc.), coadyuvan a que en la modalidad de transferencia inicial que establecen con el equipo interdisciplinario tratante se desarrollen estados afectivos específicos.

Entre éstos se destacan la angustia automática, el pánico, la furia impotente y la lástima por sí mismo. En estas circunstancias, el proceder del plantel hospitalario puede incidir negativamente si su modalidad de

ejercicio profesional sólo considera el cumplimiento de los preceptos médicos (perspectiva bióloga) y desestima la contribución que la empatía y disposición a explicar aquellas prácticas pueden aportar a niñas y niños que, para afianzar su capacidad de resiliencia, requieren hallar un fundamento contextual firme, el cual en buena medida puede ser la actitud humana de los adultos a cargo.

El abordaje hospitalario realizado con un criterio reduccionista –por ejemplo, el biólogo- aumenta el riesgo de hacer crónica la condición del desvalimiento estructural al perpetuar el trauma activado durante la transmisión del HIV: el cuerpo propio en el lugar de objeto indefenso ante fuerzas hiperpotentes que descargan su toxicidad, sus tensiones, en él.

En circunstancias más propicias, el grupo de profesionales tratantes contribuye a generar en estos niños y niñas modalidades vinculares de mayor calidad, en cuyo seno sea posible el florecimiento de la disposición a la resiliencia.

### IV. UNA PROPUESTA VINCULAR: LA ESPERA ACTIVA

La complejidad de la situación de conciliar prácticas profesionales objetivamente invasoras (entre ellas, destaco la extracción de sangre), con el requisito de volverse confiables para niños o niñas puestos en situación de paciente, no afecta a todos los profesionales actuantes por igual. Un terapeuta, al quedar eximido de participar de los mencionados actos médicos, puede aprovechar tal situación para propiciar una modalidad vincular que haga diferencia, que matice las prácticas más coercitivas (ingesta de medicación, por ejemplo).

Mariela es una niña de cuatro años. Cursa la enfermedad del SIDA en estadio avanzado. Su relación con las prácticas médicas se caracteriza por la reacción furiosa, finalmente impotente. Prueba de esto es cómo reacciona ante el ingreso de cualquier profesional a su box: se pone de espaldas, se acurruca, grita.

Frente a esta situación mi estrategia de abordaje con ella es la que denomino espera activa. En los hechos consiste en prohibirme trasponer la puerta del box de Mariela, desplegar una labor desde el umbral mismo de la puerta. Esto último se plasma en acercarme a diario a ese lugar (antes o mucho después de las revisiones médicas de rigor), saludarla, lograr que sus ojos

tropiecen con mi presencia, esperar en un breve lapso alguna respuesta y, enseguida, retirarme. En algunas ocasiones incluso noto que en el encuentro visual su habitual gesto duro se desarma.

Cuando una mañana, luego de verme, esconde su cara tras la almohada. Entiendo que se abre una posibilidad nueva, la del jugar a presentar y sustraer el rostro. En los días siguientes comienza a convocarme por mi nombre, primero para ocupar mi lugar de juego desde el umbral de su box, poco tiempo después me solicita que ingrese al interior de la habitación a jugar con ella. En síntesis, la espera activa consiste en una propuesta vincular en que el terapeuta se configura en un estímulo no invasor, abierto al llamado por su paciente, y responde desde su disposición a la ternura y la creatividad. Es uno de los modos específicos de la función del psicólogo respecto de otros profesionales, que puede ser aprovechada en beneficio de sus pacientes.

## 2) LA TAREA DE DEVELAMIENTO EN NIÑOS Y NIÑAS AFECTADOS POR EL VIH

### I. INTRODUCCIÓN

Se suele utilizar el término develación (Adaszko, 2006) para dar cuenta del fenómeno por el cual un paciente niño o niña se anuncia de su condición de afectado por alguna patología orgánica.

La tarea de develación diagnóstica en el ámbito pediátrico tiene al menos dos diversos modos de abordaje. Uno tiene la modalidad de un acto; el otro, la de un proceso. Explicamos ambas. Quienes realizan el develamiento como acto, toman en cuenta un factor al que otorgan máxima relevancia, por ejemplo, la edad cronológica del paciente. Consideran la edad de 12 o 13 años como un momento propicio. De esa manera, cuando el paciente alcanza esa edad, el equipo de profesionales inicia el develamiento. Entre los fundamentos que orientan este proceder hay uno que deseamos destacar. La información tiene dirección unívoca: desde el saber del profesional se dirige hacia la ignorancia del púber. El contenido y la dosis de información que requieren los pacientes, se supone que en todos los casos es semejante.

Quienes trabajamos el develamiento como proceso, apuntamos a crear un vínculo de confianza con el

paciente y su familia. Lo hacemos desde el momento en que comienzan a atenderse en el Hospital. Este abordaje implica a buena parte de los integrantes de la Sala: es un trabajo interdisciplinario. Nuestra función específica como psicólogos es crear y sostener en el tiempo un espacio de diálogo y juego en cuyo seno estos niños y niñas despliegan el esfuerzo por dominar sus traumas, su deseo de saber, su deseo de sanar. En síntesis, su vitalidad.

El adoptar este modo de trabajo no fue producto de una decisión abstracta. Por el contrario, ha pesado fuertemente el impacto de ciertas experiencias concretas.

Al respecto recuerdo que hace muchos años, Jessica, una paciente de 5 años con un SIDA avanzado, en determinado momento dibuja un cuerpo humano, dentro del cual una araña ocupaba todo el espacio “de la panza” (ver Dibujo 1). Luego de darme tiempo para mirarlo, dijo la siguiente frase: “Éste sos vos. Ésta es una araña dentro de mi cuerpo”. Es decir, Jessica describe que mi cuerpo engloba a la araña y a ella misma. El dibujo de la araña, colonizando, creciendo desmesuradamente en el interior del cuerpo, era un modo de procesar su estado orgánico actual, caracterizado por el aumento de la carga viral y la claudicación del sistema inmunológico.

Cabe considerar entonces que ese gráfico nos interpela respecto del develamiento, pero de un modo específico: el dibujo ya contiene un cierto saber respecto de lo que le está ocurriendo en el interior del cuerpo (en este caso, el supuesto de que hay un objeto extraño al propio cuerpo que crece dentro de él sin control).

Una vez que emergimos de la sorpresa que nos produjo este material (y otros con características parecidas) con el equipo de la sala encabezado por el Dr. Hirsch, jefe de la sala de Pediatría, comenzamos a esbozar nuestro estilo en la práctica del develamiento al que concebimos, valga la redundancia, como un proceso.



**Dibujo 1:** La niña, luego de dibujar, dice que el cuerpo tiene una araña (se observa que el animal crece y desborda los límites del cuerpo).

He aquí algunos de los principios que orientan nuestra práctica referida al manejo de la información con nuestros pacientes:

- Nuestro abordaje no tiene una dirección unívoca: el niño o la niña afectado por el VIH es un sujeto activo que produce sus propias preguntas, sus propias teorías de lo que le ocurre. El profesional tiene que desarrollar una aptitud para escuchar esas preguntas y, sólo después, darse una estrategia respecto de ellas (a veces el niño o niña nos requiere como testigo, en otras ocasiones requiere que le aportemos información objetiva).
- Cabe facilitar, en nuestros pacientes, la disposición a una actitud interrogativa, estimulando que se pregunten y nos pregunten. Por ejemplo, cuando nos muestran la marca que dejó la aguja con la que le extrajeron sangre, preguntamos: “¿alguien te dijo alguna vez para qué te sacan sangre?”, “¿sabés qué hacen con tu sangre después que se la llevan de la Sala?”. Nos ubicamos como aliados de su deseo de saber. Intentamos potenciarlo. Sabemos qué, si el deseo de saber de un niño o niña se encuentra con indiferencia, mentiras o con respuestas estereotipadas de parte de los adultos, se puede apagar su sed de conocer, acaso para siempre. Y puede decodificar que el tratamiento médico y sus procedimientos constituyen un mero ejercicio de violencia del cual su cuerpo es soporte. En ese caso puede creer que sólo le caben dos opciones: someterse, acatando sin entender medidas y

procedimientos que le imponen, o desplegar actos de rebeldía frecuentemente secretos (simular obediencia y repudiarla arrojando la medicación por el retrete).

- Es muy importante el trabajo con los adultos significativos. Tendemos a explicarles la importancia que tiene la verdad en el tiempo psíquico de la niñez, en su disposición a la adherencia. Claro, una verdad dosificada en función de las necesidades singulares de cada quien. Si vamos a aportarle una nueva información, antes consensuamos con sus familiares acerca de lo que pensamos decirle. Es muy importante que exista coherencia entre las distintas fuentes de consulta que pueda tener.
- Procuramos que nuestro deseo de informar no adelante ni atrase respecto de la capacidad de entendimiento y receptividad de cada sujeto infantil. Las decisiones respecto a mantenernos como testigos de su saber adquirido, en aportar una información requerida, o sencillamente, esperar que maduren las condiciones para hacer algo de esto, se producen en la espontaneidad de cada vínculo con el paciente y su familia.
- Finalmente, esta tarea se despliega en escenas (de juego, de diálogo). Nuestro objetivo es que cada una de ellas constituya una verdadera experiencia emocional. Que ponga en marcha o relance el esfuerzo de digerir psíquicamente los aspectos más arduos de esta patología, entre ellos, que el HIV aún no tiene cura.

## II. DEL DESVALIMIENTO EXTREMO A LA CAPACIDAD DE PREGUNTAR: UN LOGRO SUBJETIVO

Nuestros pacientes son, en su mayoría, niños y niñas que contrajeron el VIH por transmisión materna (durante la gestación y/o el amamantamiento temprano), lapso de tiempo previo a la posibilidad de interponer alguna defensa (inmunológica o psíquica). Por lo cual no cuentan con recuerdos ni vivencias de la época en que aconteció la transmisión.

Nos preguntamos: ¿Cómo pensar en algo si se carece de las representaciones sobre las que apoyar el pensar? Este es el mayor obstáculo para desarrollar el trabajo anímico, para producir sus propias preguntas. Nuestra tarea como psicólogos es captar la potencialidad de ciertos actos del paciente (dibujos, actividades motrices en el juego, ciertas frases) para aludir o condensar algo de la historia del desvalimiento del niño o la niña en relación a la patología orgánica de base y/o a los traumas de su grupo familiar, imposibles de nombrar con palabras.

Veamos concretamente como el juego puede resultar un facilitador para iniciar el proceso de develamiento.

## III. DOS EJEMPLOS CLÍNICOS

Waldo, es un niño de tres años alimentado a pecho hasta hace pocos meses. Recibe la transmisión del HIV por vía vertical. En los encuentros conmigo se advierten frecuentes momentos de desconexión y un autoerotismo oral en que comenzaba ansioso y culminaba somnoliento. Entre sus “juegos”, uno me llama la atención: toma una mamadera de juguete y la lleva a la boca, una y otra vez, en silencio. Le pregunto qué toma, Waldo contesta de manera clara y elocuente: “cucarachas”. Al rato produce una modificación: me ofrece la mamadera con cucarachas a mí. Le respondo: “yo no tomo las cucarachas, las escupo”. Mi respuesta parece sorprenderlo. Luego, al verme dramatizar varias veces el acto de escupir, comienza a jugar a que él mismo es quien escupe cucarachas.

Este juego da lugar a otros en los que se hace notoria una mayor vitalidad del nene. Comienza a hacer dibujos de cucarachas. En la misma línea, formula preguntas acerca de la función de la medicación y la ingiere con más confianza que hace tiempo atrás. Todas estas decisiones (dibujar, preguntar, ingerir el remedio) son testimonio de que Waldo está psíquicamente vivo. Algo bien diferente al estar desconectado y, en ese estado,

tomar decisiones tales como tragar cucarachas. Es posible advertir, creo, que las escenas de juego facilitan el despliegue del deseo de saber, la vitalidad anímica, el deseo de sanar.

Violeta tiene 5 años. Hace muy pocos días comienza a tomar la medicación específica para contribuir al fortalecimiento de su sistema inmunitario. En una sesión me cuenta que suele vomitar el remedio. Me informa, además, que duerme mal en la Sala del Hospital. Le pregunto entonces qué es lo que le ocurre a la noche. Para mi sorpresa responde que a la noche “un bicho me agarró la pata”. Le ofrezco dibujarlo, y lo hace. Luego le pido que dibuje su “pata”, esa que el bicho le agarra. Violeta vuelve a tomar el marcador y la agrega. Ulteriormente dibuja a la sábana con la que cubre a la pata y el bicho. Un instante después se le ocurre como modo de defenderse “cortar al bicho con una tijera”. Toma una tijera de la caja de juegos y efectúa el corte en la hoja de papel, separando a su pata del bicho. Ante mis preguntas responde que el bicho, que es malo, quería jugar con su pata. Luego se le ocurre guardar al bicho dentro de una caja. Le digo que ha de ser muy difícil dormir si cree que, tras conciliar el sueño, va a quedar indefensa ante los bichos.

En esa y otras sesiones conversamos acerca del trabajo que hace la medicación dentro de su cuerpo; algo parecido a lo que ella espera de las tijeras. Es decir: corta el crecimiento de los bichos, cuida la salud a las personas, tanto cuanto están despiertas como cuando están dormidas, entonces es posible dormir más tranquila, sin miedo a los bichos.

Los actos psíquicos de Waldo y Violeta (escupir, dibujar, relatar, cortar y guardar, y contar) dan carnadura a las experiencias emocionales que se construyen en el contexto de un vínculo facilitador.

En relación al develamiento, la función primordial del abordaje de proceso es la de contribuir a que cada paciente construya una significación personal de aquello a lo que lo que, desde el campo de la salud, denominamos adherencia al tratamiento. A estos procesos psíquicos, algunos de nuestros pacientes los despliegan más firmemente, otros los inician y se detienen en algún punto, y un grupo restante nunca lo inicia, quedando en una postura meramente pasiva. Estas diferencias probablemente dependan del mundo

familiar y de los recursos anímicos (la disposición a la resiliencia) con los que se cuenten en cada caso. Con nuestro abordaje de proceso pretendemos respetar y no avasallar esas diferencias.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1 Adaszko, A. (2006). "De tomar pastillas a saberse con VIH/Sida. Trayectorias de vida y reflexividad en jóvenes que crecieron viviendo con VIH/Sida desde niños", en *Cuartas Jornadas de Investigación en Antropología Social*, p. 314-328.
- 2 Bion, W. R. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Botella, C. (2014). "Sobre el trabajo de figurabilidad", Mentalización, Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia, II, I, Octubre, en <https://revista.mentalización.com/último número/botella.pdf>
- 3 Freud, S. (1933a [1932]). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, en AE, vol. 22. (1937d). "Construcciones en el análisis, en AE, vol. 23. (1920g). *Más allá del principio del placer*, en AE, vol.18.
- 4 Goldberg, J. A. (2018). "Enfermedad orgánica y trauma en niños. El trabajo de la figurabilidad", *Actualidad psicológica*, 474.
- 5 Hirsch, R. Goldberg, J., Sosa, M., García, M., Capelutto, N., Basta, P., Comerci, A., Rubinstein, E., Hirsch, G., Hirsch, C. (2010). *Aportes para mejorar y prolongar la calidad de vida de los niños y adolescentes afectados por el VIH / sida de transmisión vertical*, Buenos Aires: OPS.
- 6 ONU (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. ONU: Asamblea General.  
Disponible en <https://www.refworld.org/es/docid/50ac92492.html>
- 7 Zukerfeld, R. y Zonis Zukerfeld, R. (2011). "Sobre el desarrollo resiliente: perspectiva psicoanalítica", *Clínica Contemporánea*, 2, 2, 105-120.