

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN  
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA:**

**La influencia de la contingencia médica y los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción de adolescentes en contextos hospitalarios.**

**AUTORAS:**

**Arellano Durango, Eileen Yamila  
López Becilla, Alba Valentina**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TUTOR:**

**Psic. Cl. Martínez Zea, Francisco Xavier, Mgs**

**Guayaquil, Ecuador**

**02 de septiembre del 2025**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**  
**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

### **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Arellano Durango, Eileen Yamila; López Becilla, Alba Valentina**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciadas en Psicología Clínica**.

**TUTOR**

**Psic. Cl. Martínez Zea, Francisco Xavier, Mgs**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs**

**Guayaquil, a los 02 del mes de septiembre del año 2025**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**  
**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotras, **Arellano Durango, Eileen Yamila**  
**López Becilla, Alba Valentina**

**DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación, **La influencia de la contingencia médica y los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción de adolescentes en contextos hospitalarios**, previo a la obtención del título de **Licenciadas en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi/ nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 02 del mes de septiembre del año 2025**

**AUTORAS**

f.   
\_\_\_\_\_  
**Arellano Durango, Eileen Yamila**

f.   
\_\_\_\_\_  
**López Becilla, Alba Valentina**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN  
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

### AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Arellano Durango, Eileen Yamila**  
**López Becilla, Alba Valentina**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **La influencia de la contingencia médica y los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción de adolescentes en contextos hospitalarios**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 02 del mes de septiembre del año 2025**

### AUTORAS

f.   
Arellano Durango, Eileen Yamila

f.   
López Becilla, Alba Valentina



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN  
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO

 INFORME DE ANÁLISIS  
magister

La influencia de la contingencia médica y los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción de adolescentes en contextos hospitalarios

0% Textos sospechosos

< 1% Similitudes (ignorado)  
0% similitudes entre comillas  
0% entre las fuentes mencionadas  
2% Idiomas no reconocidos (ignorado)

|  |                                     |                               |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre del documento: eileen.arellano_alba.lópez.doc       | Depositante: Eileen Arellano        | Número de palabras: 47.711    |
| ID del documento: ef07c0378fc85778edd6e874942b787d33d5dc78 | Fecha de depósito: 25/8/2025        | Número de caracteres: 305.814 |
| Tamaño del documento original: 1,89 MB                     | Tipo de carga: url_submission       |                               |
| Autores: Eileen Arellano, Alba López                       | fecha de fin de análisis: 25/8/2025 |                               |

**TÍTULO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:** La influencia de la contingencia médica y los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción de adolescentes en contextos hospitalarios.

**AUTORAS:** Arellano Durango, Eileen Yamila; López Becilla, Alba Valentina

**INFORME ELABORADO POR:**

**TUTOR**

f. 

**Psic. Cl. Martínez Zea, Francisco Xavier, Mgs**

**Guayaquil, a los 02 del mes de septiembre del año 2025**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**  
**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, agradezco profundamente a Dios por darme la fortaleza, la sabiduría y la oportunidad de llegar hasta aquí. También a mi familia, por su amor incondicional, su apoyo constante y sus palabras de aliento. En especial a mis padres, Carlos y Yazmín, quienes han sido y seguirán siendo un pilar fundamental en mi vida, tanto personal como profesional.

A mi abuelita Digna, que desde pequeña ha sido una gran cuidadora y, gracias a Dios, hoy sigue acompañándome en este momento tan importante de mi vida académica.

A mi hermana Suanie, mi lugar seguro, con quien desde niñas he podido contar siempre para ser escuchada y aconsejada. Gracias por consolarme cuando el estrés me sobrepasaba y por impulsarme a continuar a pesar del cansancio. Y a mi hermana Ariadna, por arrancarme sonrisas en los momentos más difíciles y llenos de presión.

A mi mejor amiga, mi dúo dinámico Valentina, con quien comparto este trabajo. Gracias por la confianza desde el primer semestre de la universidad, por tu compañía, paciencia y comprensión, que hicieron de este largo camino un proceso más llevadero y lleno de aprendizajes compartidos. En serio eres una amiga increíble, gracias por motivarme a seguir adelante en la carrera, por ser mi soporte, y por cada consejo. Con orgullo puedo decir que lo logramos amiga.

De la misma manera, agradezco a mis amigas, *las tilinas* —Gaby, Omayra, Diana, Mirka, Claudia, Paola, Romina y todas las demás— por creer en mí y motivarme cuando las fuerzas parecían agotarse.

A Christofer, quien ha sido mi compañero y apoyo constante a lo largo de este proceso. Gracias por motivarme a seguir adelante, por acompañarme en mis noches de desvelo y recordarme siempre que no debía rendirme.

A mi pequeña de cuatro patitas, Leia, mi chiquita hermosa, que estuvo a mi lado en las largas noches de escritura, acompañándome silenciosamente con su ternura.

Finalmente, a mi tutor de tesis, Francisco, por su orientación, paciencia y confianza. Ha sido un verdadero honor contar con su guía y aprender de uno de los mejores maestros de la carrera.

***Arellano Durango Eileen Yamila***

Ante todo, quiero agradecer al Padre Eterno por permitir que todo esto sea posible y por acompañarme en cada día de mi vida.

A mi mamá, Liliana Becilla, por ser mi apoyo incondicional, por ser mi guía, por estar conmigo en las buenas y en las malas, por siempre motivarme a seguir adelante y por ser mi mayor ejemplo. Te amo infinitamente.

A mi familia por siempre sacarme de apuros, por confiar en mí y apoyarme durante toda mi vida.

A mis amigas y amigos por haber estado a mi lado desde el colegio y por seguir apoyándome durante mi vida universitaria. Gracias a mis mejores amigas, Kayi y Pía, por estar presentes desde pequeñas.

A mi mejor amiga de la universidad, Eileen Arellano, por ser mi primera amiga de la carrera y por haberme acompañado todos estos años en todo momento, por haberme ofrecido su amistad incondicional y su cariño. Gracias por haber cumplido la promesa de ser el dúo dinámico hasta el final.

A mis compañeras de prácticas, que hicieron que cada día sea inolvidable.

A mi tutor, Francisco Martínez, por ser nuestra guía en este trabajo, por su paciencia, por sus recomendaciones, por su preocupación, por haber hecho de este proceso una experiencia memorable y llena de buenos aprendizajes. Gracias por haber sido un gran profesor durante toda la carrera.

A mis profesores, especialmente a David, Carolina, Marcia, Carlota, Rosa, Javier y Rodolfo por su aprecio, enseñanzas y calidez.

A mi tutora de prácticas, Daniela Mackenzie, por haber sacado nuestro potencial, por sus enseñanzas y por hacer de sus estudiantes mejores profesionales.

***Alba Valentina López Becilla***



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**  
**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DEDICATORIA**

Dedico este proyecto, en primer lugar, a Dios, por guiarme y darme la fortaleza necesaria para culminar este camino. A mis padres y a mi familia, por ser el soporte incondicional que me sostuvo en cada etapa de este proceso, y también a mi cuatro patitas, cuya compañía y cariño fueron un alivio en los momentos más difíciles.

Lo dedico también a nuestros colegas psicólogos, quienes comparten con nosotros la vocación y el compromiso de acompañar a otros en su camino de vida.

Y de manera muy especial, a todos los adolescentes que atraviesan procesos de salud complejos, con la esperanza de que este trabajo pueda aportar un granito de luz y apoyo en medio de sus luchas.

***Arellano Durango Eileen Yamila***

Dedico este trabajo a todas y a cada una de las personas que me acompañaron durante la carrera y estuvieron pendientes.

A mi mamá, por haber hecho posible que nada me falte.

A Troy, por haber creído en mí desde el primer día. Espero hacerte sentir orgulloso.

A mis pacientes adolescentes, los cuales atendí durante mis prácticas en el hospital, por ser aquellos que inspiraron el tema de este trabajo.

***Alba Valentina López Becilla***



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**  
**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Rodolfo Rojas Betancourt, Mgs.**

DELEGADO DE LA DIRECTORA DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Psic. María José Zoller Andina, Mgs.**

DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Mariana Estacio Campoverde, Mgs.**

OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**

**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**CALIFICACIÓN**

**NOTA: \_\_\_\_\_**

## ÍNDICE GENERAL

|  |     |
|--|-----|
| RESUMEN .....  | XV  |
| ABSTRACT .....   | XVI |
| INTRODUCCIÓN .....   | 2   |
| Planteamiento del problema.....  | 3   |
| Pregunta general.....  | 4   |
| Preguntas específicas .....  | 4   |
| Objetivos .....  | 5   |
| Objetivo General .....   | 5   |
| Objetivos específicos .....  | 5   |
| Justificación.....   | 5   |
| ANTECEDENTES .....   | 8   |
| CAPÍTULO 1 .....   | 10  |
| La adolescencia desde lo biológico, social y psicoanalítico .....                                    | 10  |
| Adolescencia desde el orden biológico. ....  | 11  |
| Desarrollo físico.....   | 11  |
| Cambios hormonales .....   | 11  |
| Diferencias biológicas entre mujeres y hombres .....   | 16  |
| Adolescencia desde el orden jurídico y social .....  | 18  |
| La adolescencia desde el marco jurídico.....   | 18  |
| Roles de género y estereotipos sociales .....  | 21  |
| Problemáticas sociales vinculadas a la adolescencia .....  | 24  |
| Adolescencia desde el discurso psicoanalítico.....   | 26  |
| Reflexiones psicoanalíticas sobre la pubertad. Una mirada desde Freud .....                          | 27  |
| Lacan y la adolescencia: reestructuración del yo, búsqueda de identidad y relación con el Otro ..... | 30  |
| La adolescencia como síntoma en las adolescencias contemporáneas                                     | 33  |
| CAPÍTULO 2 .....   | 38  |

|   |    |
|---|----|
| El Hospital y la adolescencia.....  | 38 |
| Contextualización del aparato hospitalario.....                                 | 39 |
| Rol del personal médico frente a adolescentes.....                              | 39 |
| Humanización de la atención.....  | 42 |
| Enfermedades más comunes en adolescentes.....                                   | 45 |
| Adolescencia problematizada.....  | 51 |
| El trauma de la contingencia médica.....  | 51 |
| La desubjetivación a raíz del diagnóstico.....                                  | 53 |
| Crisis de la adolescencia vs. adolescentes en crisis.....                       | 58 |
| Clínica en el ámbito hospitalario.....  | 62 |
| Psicoanálisis posible en instituciones hospitalarias.....                       | 62 |
| Somatización vs enfermedad.....   | 65 |
| Factores hospitalarios estresores en adolescentes.....                          | 67 |
| Otros abordajes psicoterapéuticos posibles.....                                 | 70 |
| CAPÍTULO 3.....   | 74 |
| Prejuicios sociales e institucionales sobre la adolescencia problematizada..... | 74 |
| En el Orden lo Social.....  | 75 |
| Ideal caído: golpe al narcisismo del adolescente.....                           | 75 |
| La negación de los padres: ideales vs realidad.....                             | 78 |
| Mirada del otro.....  | 81 |
| En el orden de lo Institucional.....  | 83 |
| Estigmas en cuanto a la rebeldía del adolescente.....                           | 83 |
| Ignorancia en torno a la etapa adolescente.....                                 | 86 |
| Privilegiar lo orgánico sobre lo emocional.....                                 | 89 |
| CAPÍTULO 4.....   | 93 |
| Metodología.....  | 93 |
| Enfoque.....  | 93 |
| Paradigma.....  | 93 |
| Método.....   | 93 |
| Técnicas de recolección de información.....                                     | 94 |
| Instrumentos.....   | 94 |
| Operacionalización de variables.....  | 95 |

|   |     |
|---|-----|
| Variable dependiente: .....                 | 95  |
| Definición:.....                            | 95  |
| Indicadores:.....                           | 95  |
| Instrumentos:.....                          | 95  |
| Variables independientes: .....             | 96  |
| Definición:.....                            | 96  |
| Indicadores:.....                           | 96  |
| Instrumentos:.....                          | 96  |
| Población.....                              | 96  |
| Rigor ético .....                           | 97  |
| CAPÍTULO 5 .....                            | 98  |
| Presentación y análisis de resultados ..... | 98  |
| Análisis de datos: Entrevistas.....         | 111 |
| Lo real de la adolescencia.....             | 111 |
| El trauma de la contingencia médica.....    | 112 |
| Análisis general .....                      | 113 |
| CONCLUSIONES.....                           | 114 |
| REFERENCIAS.....                            | 116 |
| ANEXOS .....                                | 123 |
| Anexo 1 .....                               | 123 |
| Anexo 2 .....                               | 124 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. <i>Tabla de acción primaria de las principales hormonas implicadas en la pubertad</i> .....           | 13 |
| Tabla 2. <i>Cuadro de hormonas y neurotransmisores influyentes en el estado de ánimo del adolescente</i> ..... | 15 |
| Tabla 3. <i>Cuadro de diferencias biológicas más relevantes</i> .....  | 16 |
| Tabla 4. <i>Cuadro de principales trastornos mentales según la Organización Mundial De La Salud</i> .....      | 46 |
| Tabla 5. <i>Cuadro resumen de enfermedades físicas más comunes en adolescentes</i> .....                       | 49 |
| Tabla 6. <i>Cuadro resumen de factores relacionados con la hospitalización en niños y adolescentes</i> .....   | 67 |
| Tabla 7. <i>Factores que para los pacientes implica llevar una hospitalización</i> . 69                        |    |
| Tabla 8. <i>Tipos de abordajes psicoterapéuticos en el paciente hospitalizado</i> 71                           |    |
| Tabla 9. <i>Tipos principales de estigmas en el sujeto</i> .....   | 85 |
| Tabla 10. <i>Procesos emocionales en la adolescencia</i> .....   | 86 |
| Tabla 11. <i>Habilidades del adolescente</i> .....   | 88 |
| Tabla 12. <i>Respuestas Entrevistas</i> .....  | 99 |

## RESUMEN

El tema que se desarrolló en esta investigación es la influencia de la contingencia médica y los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción de adolescentes en contextos hospitalarios. Se consideró relevante este tema de investigación porque los adolescentes al pasar por una etapa que de por sí, es conflictiva y llena de cambios, el estar hospitalizado los lleva también a enfrentar desafíos propios de su enfermedad, e implicaciones emocionales, sociales e institucionales que afectan su bienestar y autopercepción. El objetivo de esta investigación fue analizar la influencia de lo real de la adolescencia, el trauma de la contingencia médica y los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción, el cuerpo y la imagen en adolescentes en contextos hospitalarios por medio del enfoque cualitativo para generar una reflexión académica que sensibilice al personal hospitalario. Se realizó con una metodología con enfoque cualitativo mediante un análisis de bibliografía científica y psicoanalítica, entrevistas semiestructuradas a profesionales en el campo de la psicología y medicina que trabajan con adolescentes tanto fuera como dentro de contextos hospitalarios.

**Palabras Claves:** ADOLESCENCIA; PUBERTAD; AUTOPERCEPCIÓN; CONTINGENCIA MÉDICA; HOSPITAL; PREJUICIOS SOCIALES E INSTITUCIONALES

## ABSTRACT

The topic developed in this research is the influence of medical contingency and social and institutional prejudices on the self-perception of adolescents in hospital contexts. This research topic was considered relevant because teenagers, while already going through a stage that is inherently conflictive and full of changes, must also face the challenges of illness during hospitalization, as well as emotional, social, and institutional implications that affect their well-being and self-perception. The objective of this research was to analyze the influence of the reality of adolescence, the trauma of medical contingency, and social and institutional prejudices on self-perception, the body, and self-image in adolescents in hospital contexts through a qualitative approach, aiming to generate academic reflection that raises awareness among hospital staff. The study was carried out using a qualitative methodology through the analysis of scientific and psychoanalytic literature, as well as semi-structured interviews with professionals in the fields of psychology and medicine who work with teenagers, both inside and outside hospital contexts. This research made it possible to analyze how medical contingency and social and institutional prejudices influence adolescents' self-perception in hospital contexts, highlighting the need for a more humanized, sensitive, and comprehensive approach that considers not only the physical aspects but also the emotional and psychological dimensions.

**Keywords:** ADOLESCENCE; PUBERTY; SELF-PERCEPTION; MEDICAL CONTINGENCY; HOSPITAL; SOCIAL AND INSTITUTIONAL PREJUDICES

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa del desarrollo que conlleva cambios tanto físicos como psíquicos en donde los adolescentes tratan de buscar su propia identidad y autonomía. Cuando lo real de una contingencia médica aparece durante este periodo de vida, la angustia y la crisis propia de esta etapa se intensifican ya que no solamente atraviesan un periodo complicado, sino que también deben lidiar con un diagnóstico médico en un entorno hospitalario en donde muchas veces se les quita la palabra además de llegar a ser juzgados en lugar de ser comprendidos. Ante esto Fernández (2019) expone respecto a la adolescencia “el término ha acuñado una serie de estigmas como la rebeldía, la inestabilidad, la osadía y la apatía, esta etapa no es siempre lo que parece” (p.1).

En base a los dominios y las líneas de investigación de la UCSG, la presente investigación se vincula con el dominio 5: Educación, comunicación, arte y subjetividad, relacionado con la línea de investigación institucional: Problemas del sujeto y su relación en diferentes contextos. Estos enfoques permiten analizar la influencia de la contingencia médica y los prejuicios tanto sociales como institucionales en la autopercepción de adolescentes que se encuentran hospitalizados.

Considerando el Plan de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024-2025, el estudio tiene relación con el eje Social y el Objetivo 1: “Mejorar las condiciones de la vida de la población de forma integral, promoviendo el acceso equitativo a salud, vivienda y bienestar”. En cuanto a las políticas con sus respectivas estrategias se mencionan las siguientes: Política 1.2: Garantizar la inclusión social de las personas y grupos de atención prioritaria durante su ciclo de vida, en las estrategias a) Potenciar los programas y servicios de protección especial de cuidado y atención integral a las personas y grupos de atención prioritaria. Y c) Implementar programas y proyectos que fortalezcan el tejido social y a la familia como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente. Política 1.3: Mejorar la presentación de los servicios de salud de manera integral, mediante la promoción, prevención, atención primaria, tratamiento,

rehabilitación y cuidados paliativos, con talento humano suficiente y fortaleciendo, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad, en la estrategias a) Fortalecer prácticas de vida saludable que promuevan la salud en un ambiente y entorno sostenible, seguro e inclusivo; con enfoques de derechos, intercultural, intergeneracional, de participación social y de género.(Plan de desarrollo para el nuevo Ecuador, 2024, p.81 - 83).

### **Planteamiento del problema**

La adolescencia es una etapa del desarrollo, la cual estará marcada por varios cambios tanto físicos, sociales como emocionales. Los cuales estructuran y moldean la percepción que ellos tienen sobre sí mismos. En nuestra sociedad actual, los adolescentes enfrentan día a día estereotipos y modelos tanto sociales como culturales que afectan y desvalorizan su autonomía, productividad y su imagen corporal. Cuando estos adolescentes atraviesan por alguna enfermedad que requiere de una hospitalización, este hecho afecta e intensifica su bienestar integral y desarrollo, dado que la condición médica limita de forma abrupta su participación cotidiana y los sitúa en una posición de vulnerabilidad frente a la mirada del Otro.

Mediante la práctica en una institución hospitalaria se ha apreciado que es escaso el abordaje que se da a las necesidades subjetivas y psicosociales de los adolescentes. Factores como la contingencia médica, los prejuicios sociales o institucionales hacia esta población pueden influir en cómo el adolescente se percibe a sí mismo. Por lo cual la falta de conocimiento y estrategias que protejan su subjetividad dentro de su estadía hospitalaria puede profundizar en ellos sentimientos de aislamiento, dependencia o estigmatización.

Cada adolescente es un mundo propio, es decir que cada adolescencia se vive de manera singular. Ante la adolescencia Fernández (2019) expone “Se ha sabido desde hace unas pocas décadas que el término designa adolecer, padecer o doler, aspectos que suelen ser característicos en los adolescentes” (p.1). Por lo cual, un adolescente hospitalizado vivirá esta experiencia de manera distinta a la de los demás. Es así como la conexión

entre su historia personal, las actitudes y dinámicas con el personal de salud y redes de apoyo que lo rodean pueden impactar de manera significativa en su autopercepción. Si esta se ve afectada de manera negativa, puede llegar a generar consecuencias en la adaptación a la enfermedad, en su motivación y autoestima.

Ante todo, esto surge la clara necesidad de investigación en cuanto a cómo interactúan la contingencia médica y los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción de adolescentes en contextos hospitalarios, con el fin de comprender mejor este fenómeno y proponer estrategias que promuevan un acompañamiento más integral, humano y respetuoso de su subjetividad.

## **Preguntas en relación con el problema**

### **Pregunta general**

¿Cómo influye lo real de la adolescencia, el trauma de la contingencia médica y los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción, el cuerpo y la imagen en adolescentes en contextos hospitalarios?

### **Preguntas específicas**

¿Cómo influye lo real de la adolescencia en la autopercepción, el cuerpo y la imagen en adolescentes en contextos hospitalarios?

¿De qué manera influye el trauma de la contingencia médica en la autopercepción, el cuerpo y la imagen en adolescentes en contextos hospitalarios?

¿Cómo afectan los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción, el cuerpo y la imagen en adolescentes en contextos hospitalarios?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Analizar la influencia de lo real de la adolescencia, el trauma de la contingencia médica y los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción, el cuerpo y la imagen en adolescentes en contextos hospitalarios por medio del enfoque cualitativo para generar una reflexión académica que sensibilice al personal hospitalario.

### **Objetivos específicos**

- Caracterizar cómo lo real de la adolescencia influye en la autopercepción, el cuerpo y la imagen en adolescentes en contextos hospitalarios por medio de una revisión de fuentes bibliográficas y entrevistas a profesionales.
- Explicar cómo el trauma de la contingencia médica influye en la autopercepción, el cuerpo y la imagen en adolescentes en contextos hospitalarios por medio de lecturas bibliográficas y entrevistas a profesionales vinculados con la problemática
- Identificar cómo los prejuicios sociales e institucionales influyen en la autopercepción, el cuerpo y la imagen en adolescentes en contextos hospitalarios a partir de una síntesis teórica y de la experiencia de la práctica preprofesional con dicha población

### **Justificación**

La adolescencia es una etapa compleja debido a los cambios por los cuales los individuos atraviesan. Dado a los prejuicios sociales en torno a esta etapa y a la poca sensibilización en torno al tema, muchos de ellos son tildados como “rebeldes” o “malcriados” siendo incomprendidos. Las noticias inesperadas como puede ser un diagnóstico médico intensifican la angustia. El adolescente se enfrenta ante lo desconocido de un diagnóstico,

tratamientos invasivos y a seguir protocolos hospitalarios haciendo que pierdan parte de su autonomía.

Los jóvenes hospitalizados deben integrar una nueva realidad a partir de su diagnóstico lo que muchas veces no resulta fácil. Estos pierden su subjetividad, pierden la palabra ya que llegan a ser tratados como objetos y no como sujetos. Es por esta razón que la presente investigación resalta la importancia de un buen abordaje por parte del personal de la salud al trabajar con adolescentes debido a que no solamente se debe velar por el bienestar físico de los pacientes, sino que se debe priorizar de la misma forma el aspecto psicológico. La sensibilización al personal de la salud puede cambiar la autopercepción de los adolescentes ya que son mucho más que un diagnóstico.

Se llevó a cabo la investigación usando el método cualitativo que consistió en revisiones bibliográficas científicas y psicoanalíticas. El trabajo se construye desde el paradigma interpretativo, puesto que se basó en comprender e interpretar la información recolectada desde distintas fuentes bibliográficas y entrevistas a profesionales que trabajan con adolescentes con el objetivo de analizar la influencia de lo real de la adolescencia, el trauma de la contingencia médica y los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción, el cuerpo y la imagen en adolescentes en contextos hospitalarios para generar una reflexión académica que sensibilice al personal hospitalario. Las técnicas utilizadas para poder recolectar la información son las entrevistas semiestructuradas dirigidas a profesionales y la revisión bibliográfica.

En el primer capítulo se busca hablar de cómo la adolescencia se manifiesta desde el desarrollo físico, los cambios hormonales que la caracterizan y las diferencias biológicas que existen entre mujeres y hombres. Por otro lado, también se define la adolescencia desde el orden jurídico, social y desde el discurso psicoanalítico. El segundo capítulo tiene la finalidad de abordar el aparato hospitalario desde la perspectiva del adolescente analizando el rol fundamental del personal médico y la creciente

necesidad de una humanización de la atención. Asimismo, las enfermedades más comunes tanto físicas como mentales en adolescentes y el trauma que puede generar la contingencia médica diferenciando la crisis propia de la adolescencia de la que es experimentada en un contexto hospitalario. Por último, el tercer capítulo habla sobre cómo los prejuicios en torno a la adolescencia, tanto sociales como institucionales afectan la manera en la que ellos son mirados y tratados afectando la percepción que pueden tener de sí mismos. Desde lo social, se abordará la caída de ciertos ideales, el golpe al narcisismo, el ideal caído de los padres y problematiza las ideas que giran en torno a prejuicios al cuestionar los discursos existentes, y sobre todo abrir un espacio para obtener una mirada más comprensiva y menos juzgadora sobre quienes transitan la adolescencia.

Con respecto a las limitaciones encontradas durante la realización de la investigación, se puede considerar el factor tiempo como una limitante para poder llevar a cabo un grupo focal con los adolescentes en un hospital, otro factor a considerar está en la burocracia institucional, el consentimiento de los tutores legales y el asentimiento del menor de edad para poderlos reunir a los adolescentes antes que reciban el alta. Consideramos que quizás sea pertinente tener la posibilidad de aplicar este instrumento para un trabajo posterior. Por lo tanto, para poder respaldar esta investigación se han entrevistado a profesionales de la salud tanto médicos y psicólogos los cuales se especializan y trabajan con adolescentes en el día a día tanto en entornos hospitalarios como fuera de este.

## ANTECEDENTES

Postigo et al. (2024) en la revista científica *Frontiers* publicaron un estudio realizado en España titulado: Factores personales y familiares de distrés emocional en adolescentes con enfermedades crónicas. Con el objetivo de analizar la influencia conjunta de factores demográficos, factores personales y factores familiares en el riesgo de distrés emocional en adolescentes con enfermedades crónicas. El método utilizado fue un diseño transversal con 495 adolescentes con enfermedades crónicas de 12 a 16 años.

Zehruno et al. (2024) en un estudio, realizado en la Universidad de California, Irvine. Titulado: Transitando juntos: trabajo colaborativo en el manejo de enfermedades crónicas en adolescentes. Tuvo como objetivo explorar cómo los adolescentes con enfermedades crónicas, en la etapa previa a la transición de la atención pediátrica a la atención de adultos, practican el autocuidado y el manejo colaborativo con sus padres. La metodología utilizada fue un estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas con 15 adolescentes de entre 15 y 17 años diagnosticados con diversas enfermedades crónicas.

Souza et al. (2023), en un estudio realizado en un hospital pediátrico del sur de Brasil, titulado: Análisis de la calidad de vida en niños y adolescentes sometidos a tratamiento oncológico. El objetivo fue evaluar la calidad de vida de niños y adolescentes sometidos a tratamiento contra el cáncer. La metodología utilizada fue un estudio transversal cuantitativo, con una muestra de 31 pacientes de entre 5 y 17 años. Se recolectaron datos clínicos y sociodemográficos, y se aplicó un cuestionario específico de calidad de vida.

Granados y García (2024), en un estudio realizado en varias Unidades de Salud (US) en El Salvador, titulado: Percepción de los adolescentes y jóvenes sobre la atención en servicios de salud de El Salvador. El objetivo fue evaluar las percepciones de los adolescentes y jóvenes sobre la calidad de atención que recibieron y su experiencia en estos servicios. La

metodología utilizada fue un estudio mixto, con dos etapas sucesivas. Primero, con un cuestionario se evaluó la calidad de atención y experiencia de los usuarios; luego, mediante entrevistas grupales e individuales se estimó el nivel de satisfacción.

Mina (2021) en su trabajo final presentado en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, titulado Percepción de cuidado humanizado en adolescentes con puerperio inmediato, Hospital Básico de Borbón, Esmeraldas. Tiene como objetivo evaluar el nivel de satisfacción percibida en las adolescentes que cursan puerperio inmediato en relación con el cuidado humanizado brindado por el personal de salud del Hospital Básico de Borbón. La metodología aplicada tuvo una dirección cuali-cuantitativo, descriptivo, no experimental, de corte transversal donde la técnica aplicada fue la encuesta.

Rodríguez et al. (2024) en la Revista Científica de Investigación Actualización del Mundo de las Ciencias publicó un estudio titulado: Estudio comparativo de los cuidados humanizados en los servicios clínicos según percepción de los usuarios en un hospital, Guayaquil 2021. Con el objetivo de determinar las diferencias existentes en los cuidados humanizados en los servicios clínicos según la percepción de los usuarios en un hospital, Guayaquil 2021. La metodología aplicada fue cuantitativa de tipo básico con un diseño no experimental, transversal – descriptivo con una población de 200 participantes donde hubo 100 del área de Cirugía General y 100 del área de Traumatología. Se aplicó el instrumento de escala de Percepción del Cuidado Humanizado en enfermería para pacientes Hospitalizados (PCHE).

# CAPÍTULO 1

## La adolescencia desde lo biológico, social y psicoanalítico

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), define la adolescencia como “la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años” (párr.1). Del mismo modo, “representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud” (párr. 1). De la misma manera, se dice que “es en esta etapa donde experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial. Esto influye en cómo se sienten, piensan, toman decisiones e interactúan con su entorno” (párr.2).

La adolescencia es un momento único en la vida, lleno de transformaciones profundas y cambios que afectan no solo el cuerpo, sino también la mente y el lugar que los individuos ocupan en la sociedad lo cual lleva a la construcción de la identidad. Para entender a fondo este periodo, es fundamental comenzar desde lo biológico, que es la base sobre la cual se van construyendo las demás dimensiones del ser adolescente.

En este capítulo, se hablará de cómo la adolescencia se manifiesta desde el desarrollo físico, los cambios hormonales que la caracterizan y las diferencias biológicas que existen entre mujeres y hombres. Por otro lado, también se abordará la adolescencia desde el orden jurídico y social, abarcando los temas de roles de género y estereotipos sociales y las problemáticas vinculadas a ésta. Por último, para contextualizar más el enfoque del cual ha partido esta investigación, se abordará a la adolescencia desde el discurso psicoanalítico desde autores como Freud para definir la pubertad, Lacan para explicar la búsqueda de identidad y la relación del adolescente con el Otro, y por último lo que son las adolescencias contemporáneas desde Stevens.

## **Adolescencia desde el orden biológico.**

### **Desarrollo físico**

El desarrollo físico en la adolescencia es uno de los cambios más visibles y significativos, durante esta etapa, el cuerpo experimenta un crecimiento notable en el que los huesos y músculos aumentan de tamaño y fuerza. Este proceso suele ser diferente en cada uno, por lo cual se generan muchas inseguridades y empiezan las comparaciones. Aquello se marca más con los estándares de belleza que sugieren cómo debe lucir un cuerpo perfecto. Los cambios físicos hacen que los adolescentes renuncien al cuerpo infantil llevando a cabo un duelo simbólico por lo que deben construir una nueva imagen en donde su cuerpo les puede llegar a parecer extraño o menos propio.

La adolescencia está marcada por procesos biológicos y psicológicos haciéndola una etapa constante de cambios en donde el adolescente está buscando su propia identidad al mismo tiempo que atraviesa duelos. Según Moreira (2021), “El sujeto adolescente se enfrenta a la pérdida de las representaciones y afectos que habían poblado la atmósfera de su niñez” (p.17). Asimismo, el autor mencionado afirma en cuanto al duelo corporal que “se desbarranca sobre el mundo interno del sujeto a partir de la metamorfosis física y psíquica. El adolescente se encuentra arrojado a ella, sin posibilidad de retornar”. (p.17).

En esta etapa las hormonas sexuales las cuales cumplen la función de regular el ciclo reproductivo dan paso a las características sexuales secundarias como son la aparición del vello corporal, los cambios en la voz y la maduración de los órganos. Estos cambios no solo afectan el cuerpo, sino también el modo en que el adolescente comienza a reconocerse a sí mismo con una imagen corporal que se moldea día a día.

### **Cambios hormonales**

Las hormonas influyen en el estado de ánimo y el comportamiento. Por eso, en esta etapa es muy frecuente experimentar emociones intensas, cambios de humor y una mayor búsqueda de autonomía. La hormona

cortisol, asociada al estrés, también juega un papel importante y puede verse aumentada cuando los adolescentes enfrentan situaciones difíciles como tener una enfermedad o permanecer mucho tiempo hospitalizado. Además de influir en el estado de ánimo se puede decir que:

Las hormonas sexuales tienen múltiples funciones tanto en el hombre como en la mujer. En general, estas hormonas son las responsables de la aparición de los caracteres sexuales secundarios en la pubertad y, posteriormente, se encargan de regular todo el ciclo reproductivo. (Santiago Romero et al, 2022, párr.1)

Aparte de cumplir la misma función, estas hormonas se producen en zonas distintas según el sexo. Santiago Romero (2022) define que “en la mujer, las hormonas sexuales son producidas por el ovario y se encargan de regular todo el ciclo menstrual y actuar sobre el endometrio” (párr.2), “En relación a las hormonas sexuales masculinas, se sintetizan en los testículos e intervienen en la producción de espermatozoides (espermatogénesis)” (párr.3)

Las características sexuales secundarias traen cambios físicos visibles que no están directamente vinculados a la reproducción, sino que señalan la madurez sexual. El crecimiento acelerado de las mujeres generalmente se produce antes que el de los varones, y algunos niños siguen creciendo hasta los 20 años. (Bernal et al, 2025, p. 5).

La pubertad es una etapa del desarrollo humano caracterizada por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales. Durante este proceso, distintas hormonas actúan en coordinación para activar y sostener la maduración sexual, el crecimiento corporal y la diferenciación de características sexuales secundarias. La Tabla 1 presenta una síntesis de las principales hormonas implicadas en la pubertad, detallando su acción primaria sobre el cuerpo.

**Tabla 1.** *Tabla de acción primaria de las principales hormonas implicadas en la pubertad*

| <b>Acción primaria de las principales hormonas de la pubertad (Iglesias Diz, 2013)</b> |                 |   |
|--|-----------------|---|
| <b>Hormona</b>   | <b>Sexo</b>     | <b>Acción</b>   |
| FSH (hormona estimulante del folículo)   | Varón<br>Hembra | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimula la gametogénesis.</li> <li>• Estimula el desarrollo de los folículos ováricos primarios.</li> <li>• Estimula la activación de enzimas en las células de la granulosa ovárica, incrementando la producción de estrógeno.</li> </ul>  |
| LH (hormona luteinizante)  | Varón<br>Hembra | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimula las células de Leyding testiculares para la producción de testosterona.</li> <li>• Estimula las células de la teca ovárica para la producción de andrógenos, y del cuerpo lúteo para la producción de progesterona.</li> </ul>  |
| Estradiol (E2)   | Varón<br>Hembra | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementa la velocidad de la fusión epifisaria.</li> <li>• Estimula el desarrollo mamario.</li> <li>• Los niveles bajos potencian el crecimiento lineal, en tanto que los niveles altos aumentan la velocidad de fusión epifisaria.</li> <li>• Dispara el aumento brusco intercíclico de LH.</li> <li>• Estimula el desarrollo de los labios, la vagina, el útero y los conductos de las mamas.</li> <li>• Estimula el desarrollo del endometrio proliferativo en el útero.</li> <li>• Incrementa la grasa corporal.</li> </ul> |

|                          |                 |  |
|--------------------------|-----------------|--|
| Testosterona             | Varón<br>Hembra | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acelera el crecimiento lineal.</li> <li>• Incrementa la velocidad de la fusión epifisaria.</li> <li>• Estimula el crecimiento del pene, el escroto, la próstata y las vesículas seminales.</li> <li>• Estimula el crecimiento del vello púbico, facial y axilar.</li> <li>• Incrementa el tamaño de la laringe, dando un tono más profundo a la voz.</li> <li>• Estimula la secreción de grasa de las glándulas sebáceas.</li> <li>• Aumenta la libido.</li> <li>• Aumenta la masa muscular.</li> <li>• Aumenta la cantidad de hematíes.</li> <li>• Acelera el crecimiento lineal.</li> <li>• Estimula el crecimiento del vello púbico y axilar.</li> </ul> |
| Progesterona             | Hembra          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convierte el endometrio uterino proliferativo en secretorio.</li> <li>• Estimula el desarrollo lobuloalveolar del pecho.</li> </ul>   |
| Andrógenos suprarrenales | Varón y hembra  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimula el crecimiento lineal y el vello púbico.</li> </ul>  |

Adaptado de Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales, por J. L. Iglesias Diz, 2013, *Pediatría Integral*, XVII(2), p. 88-93 (<https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>). Copyright 2025 por Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria.

Según Lemmel (2024) expone que “los neurotransmisores actúan localmente y de forma rápida, mientras que las hormonas necesitan su tiempo. Su acción es altamente especializada y específica, lo que permite la

transmisión rápida y precisa de información en el sistema nervioso”. (p.11). Por lo cual, otras hormonas y neurotransmisores son los responsables e influyen en el estado de ánimo del adolescente, como a continuación se expondrá en la siguiente tabla #2

**Tabla 2.** Cuadro de hormonas y neurotransmisores influyentes en el estado de ánimo del adolescente

| <b>Hormonas de la felicidad y el bienestar (Lemmel, 2024)</b>   |   |
|---|---|
| <b>Neurotransmisores</b>  | <b>Hormonas</b>   |
| <b>Serotonina:</b> ayuda al control de las emociones y del estado del ánimo.  | <b>Oxitocina:</b> hormona del amor, de la empatía y la confianza. Podemos potenciarla con abrazos, caricias o relaciones sexuales.  |
| <b>Endorfina:</b> asociado al placer y bienestar. Podemos ayudar a segregarlo mediante el deporte.                                | <b>Cortisol:</b> respuesta del estrés. Niveles altos pueden causar indigestión, úlceras, colon irritable, colitis, aumento de la presión arterial, etc.                                   |
| <b>Dopamina:</b> regula la toma de decisiones, la memoria, la atención, el placer, el estado de ánimo y el sistema de recompensa. | <b>Melatonina:</b> regula el ciclo del sueño. Bajo niveles de melatonina pueden generar trastornos de sueño. Para aumentar los niveles es aconsejable seguir pautas de higiene del sueño. |
| <b>Norepinefrina:</b> regula el estrés, eleva los niveles de alerta.  | <b>Sexual:</b> ayuda al mantenimiento del deseo sexual y a la regulación del ciclo menstrual de las mujeres.  |
| <b>Adrenalina:</b> nos prepara para un estado de emergencia   | <b>Tiroidea:</b> es la responsable de la regulación del metabolismo.  |

**Glutamato:** regula el sistema motor y cognitivo, ayuda en la memoria y aprendizaje.

**Prolactina:** regula las hormonas sexuales, se encarga de la producción de leche materna. Niveles altos de prolactina reducen la producción de estrógenos y testosterona.

Adaptado de *Las hormonas de la felicidad: El poder de la SEROTONINA, la OXITOCINA, la DOPAMINA y las ENDORFINAS para mejorar tu bienestar*, por I. C. Lemmel, 2024, p.11, Editorial AMAT. Copyright 2024 por Inés C. Lemmel.

### **Diferencias biológicas entre mujeres y hombres**

Aunque todas las personas pasen por la adolescencia, existen diferencias biológicas claras entre mujeres y hombres que afectan tanto su desarrollo físico como emocional, por aquella razón Bernal.et al. (2025) mencionan que “los cambios no se dan al mismo tiempo en todos los adolescentes: en las niñas empiezan a ser perceptibles entre los 13 y 15 años y en los niños, aproximadamente entre los 13 y 14 años”. (p.5).

Estas diferencias no solo se limitan al inicio, sino también a la forma en que se desarrollan sus cuerpos. Las mujeres experimentan la menstruación y un aumento en la masa del cuerpo como parte natural de su desarrollo, mientras que en los hombres se incrementa principalmente la masa muscular y la voz se torna más grave.

Biológicamente estas diferencias también tienen implicaciones en cómo se experimentan emociones, la sensibilidad al estrés y las respuestas al entorno, temas que serán relevantes para comprender la autopercepción y la relación del adolescente con su cuerpo ante una situación que los haga sentir vulnerables.

Es necesario ubicar en profundidad y de forma comparativas las diferencias biológicas más relevantes entre hombres y mujeres, por dicho motivo se realiza la esquematización que se observa en la Tabla #3

**Tabla 3.***Cuadro de diferencias biológicas más relevantes.*

| <b>Desarrollo físico y sexual (Bernal et al. 2025)</b>          |  |
|---|--|
| <b>Hombres</b>  | <b>Mujeres</b>   |
| Desarrollo de la musculatura.                                   | Crecimiento de las mamas y ensanchamiento de caderas.            |
| Crecimiento de los testículos, y alargamiento del pene.         | Cambios en la vagina, el útero y los ovarios.                    |
| Crecimiento del vello corporal (púbico, axilar, bigote, barba). | Inicio de la menstruación y la fertilidad.                       |
| Aparecen las primeras erecciones y la primera eyaculación.      | Cambio en la forma pélvica, redistribución de la grasa corporal. |
| Aumento de estatura.  | Crecimiento de vello púbico y axilar.                            |
| La voz cambia y se hace más gruesa.                             | Aumento de estatura.   |
| Aumento de sudoración, olor corporal fuerte y acné.             | Olor corporal fuerte, cambios en la piel y acné.                 |

Adaptado de Adolescencia, por V. Bernal, A. Muñoz, y M. Martínez, 2025, *Psicología*, p.6 (<https://cdnc.heyzine.com/files/uploaded/v2/f766f6aad0d0b472c6aace9c44e73c7757975e08.pdf>). Copyright 2025 por Vania Bernal, Adriana Muñoz, y Marcos Martínez.

## **Adolescencia desde el orden jurídico y social**

### **La adolescencia desde el marco jurídico**

La adolescencia tanto como la infancia son etapas importantes del desarrollo humano, en las cuales el Estado y la sociedad deben garantizar el bienestar de los niños y jóvenes. En este apartado se abordará lo que es la adolescencia desde el marco jurídico según lo que dice la Constitución del Ecuador y el Código de la Niñez y Adolescencia. Además, se considera pertinente traer el “Manual de Atención Integral de Salud en Adolescentes” elaborado por el Ministerio de Salud Pública, debido a que nuestro proyecto aborda a la población de menores de edad en contextos hospitalarios.

El Código de la niñez y de la adolescencia (2003) define en el Art. 4. “Niño o niña es la persona que no ha cumplido doce años de edad. Adolescente es una persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad.” (p.1). En base a la presunción de edad de un sujeto se menciona en el Art. 5. “Cuando exista duda sobre la edad de una persona, se presumirá que es niño o niña antes que adolescente; y que es adolescente antes que mayor de dieciocho años” (p.1).

En cuanto al derecho de igualdad y no discriminación se menciona en el Art.6.

Todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causas de su nacimiento, nacionalidad, edad, sexo, etnia, color, origen social, idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica orientación sexual, estado de salud, discapacidad o diversidad cultural o cualquier otra condición propia o de sus progenitores, representantes o familiares (p.1).

Por otro lado, la Constitución del Ecuador (2008) establece:

Art. 44.- “El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurará el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de

su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas” (p.34).

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales (p.34).

Art. 45.- “Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción” (p.34)

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar. El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas. (p.34)

Muchos adolescentes mueren por día debido a distintas causas que en su mayoría podrían ser prevenibles como lesiones no intencionales, problemas de salud, enfermedades transmisibles, violencia, entre otros factores, sin mencionar que aún existen brechas para tener acceso a servicios de salud incidiendo en la posibilidad de alcanzar una buena calidad de vida. Por aquellas razones y en base a aquel contexto, el Ministerio de Salud presenta

el Manual de Atención Integral de Salud en Adolescentes el cual tiene la finalidad de transmitir las pautas adecuadas para poder brindar una atención de calidad con calidez.

Gracias al apoyo de la Organización Mundial de Migraciones (OIM), la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) se elaboró el presente manual que define a la adolescencia como una etapa importante del desarrollo de las personas en donde existen cambios biológicos y psicosociales lo cuales sientan la base de una salud óptima. Esto se realizó con el fin de poder brindar una atención adecuada, amigable, amable y de calidad a los adolescentes del país adquiriendo el compromiso de garantizar su debida implementación en el sector de la salud pública.

Una vez expuestos los dos insumos jurídicos y el manual técnico de salud vinculados al trabajo con menores de edad, vale destacar que los mismos apuntan a velar lo que es el trato digno y justo que merecen los niños y adolescentes en los diversos ámbitos que se desarrollen. Sin embargo, esto no es una garantía de que realmente se cumplan todos los aspectos, especialmente cuando están ante situaciones de vulnerabilidad como en los ámbitos hospitalarios. Parte de sus derechos se dejan pasar por alto y se tiende a encasillarlos como conflictivos o poco colaboradores cuando realmente sienten frustración por cargar conflictos internos y ser minimizados psicológicamente por el personal que los atiende.

Es fundamental el reconocimiento y cumplimiento de los derechos de cada individuo en los contextos hospitalarios ya que supone ser un entorno de atención integral y un espacio seguro. Se debe velar tanto por la parte física como psicológica del paciente porque es justamente en estas instituciones donde se viven situaciones de angustia y estrés tanto por parte de los pacientes como de los familiares. Se despersonaliza constantemente a los pacientes, la persona deja de ser mirada como un sujeto y es mirada como un simple diagnóstico. A menudo los adolescentes no son tomados en cuenta en la manera en la que deberían por prejuicios sociales los cuales los

catalogan como problemáticos haciéndolos sentir minimizados y no escuchados ignorando sus necesidades y por ende sus derechos.

Desde el ideal teórico, jurídico y burocrático se tiene muy buenas intenciones y expectativas, pero en la práctica gran cantidad de veces no se cumplen con éstas. Hay un olvido en cuanto al hecho de que se está tratando con sujetos y no con objetos. Se carece de empatía y sensibilización en cuanto al trato ya que además de ser “adolescentes problemáticos” hay muchos factores en juego como los cambios esperados de esta etapa, las preocupaciones personales, el dolor de llevar una enfermedad y el luto de una imagen idealizada. El no ser escuchado ni poder poner en palabras el malestar hace que los síntomas persistan, por esa razón se requiere un abordaje más humanizado ante los requerimientos de esta población.

### **Roles de género y estereotipos sociales**

Los roles de género son las expectativas sociales o creencias sobre cómo deben comportarse sentir y pensar las personas según su género (femenino o masculino). En la adolescencia alcanzar estos estereotipos pueden ser un reto puesto que estos ideales pueden llegar a limitarlos de explorar plenamente su identidad y desarrollar propios intereses. Muchas veces estas limitaciones se dan por temor a no encajar con la sociedad o ser juzgados por ser diferentes. Al no amoldarse a estos roles esperados de cada género, los adolescentes están propensos a enfrentar discriminación, acoso o incluso exclusión social lo cual repercute automáticamente en su autoestima y bienestar emocional.

A lo largo de la historia los estereotipos y estándares de belleza han ido cambiando, pero sin dejar de influir en la autopercepción y en el proceso del duelo por el cuerpo en los adolescentes. El pasar por cambios corporales puede resultar angustiante para muchos adolescentes, sin mencionar el hecho de que, si sus cuerpos no se desarrollan como el estándar de lo que se considera bello, ellos pueden llegar a frustrarse hasta el punto de intentar cambiar su imagen con tal de alcanzar expectativas alejadas de la realidad.

No todos los cuerpos son iguales, cada individuo es distinto, por ende, es cuestionable pretender establecer un estándar forzado a ser objetivo cuando realmente la belleza es totalmente subjetiva. Esto cobra mayor relevancia en función de lo planteado por Islas (2021) en su artículo titulado “Belleza, Misoginia y Diferencia Sexual. El Devenir de la Subjetividad Femenina” en donde expone que:

Estos estándares además de ser en la mayoría de las veces inalcanzables también promueven la discriminación racial al ser modelos eurocentristas y hegemónicos de belleza; hay que corregir lo que no encaje y transformar el cuerpo por medio de cirugías o tratamientos cosméticos (implantes, liposucción, corrección de mentón, nariz, pómulos) esto va a tener implicaciones en la definición identitaria y los procesos de subjetivación en el sujeto.” (p.6).

Esta problemática refleja la crisis identitaria que ciertos adolescentes pueden llegar a tener por intentar alcanzar estos estándares convirtiéndolos en una población vulnerable a frustraciones por querer cumplir con el fin de poder encajar en lo que la sociedad considera lo *bello*.

Dentro de los roles de género también es importante destacar cómo, durante la adolescencia, los jóvenes comienzan a definir de manera más libre su identidad de género y orientación sexual. Este proceso puede ser comprendido como parte de la construcción de la identidad sexual, en donde la definición de género estará vinculada con la diferencia y la posición sexual que cada sujeto asume como propia, ya sea como hombre, mujer o con identidades no binarias.

En este sentido, Villalobos (1999) señala que “durante la adolescencia se configuran los sentimientos que él y la joven tienen en relación con el sexo al que pertenecen. Se van a ensayar una serie de conductas tanto hacia el mismo sexo como hacia el sexo opuesto” (párr. 58), lo que muestra que esta etapa implica una exploración activa de experiencias, emociones y vínculos que influye en cómo cada adolescente se percibe (género) y se relaciona con los demás desde lo sexual y lo afectivo (orientación sexual).

Luego de haber analizado el tratamiento jurídico y social de la adolescencia en nuestro país, es evidente que tanto la Constitución como el Código de la Niñez y Adolescencia, así como los lineamientos del Ministerio de Salud Pública, reconocen a esta etapa como un periodo crucial para el desarrollo integral de la persona. No obstante, también se ha evidenciado que, en la práctica, los derechos de los adolescentes suelen ser vulnerados, especialmente en contextos institucionales como los hospitalarios. Esta realidad se agrava cuando se cruza con factores como los roles de género, los estereotipos sociales y los estándares normativos que dificultan la libre expresión de la identidad. En ese sentido, resulta fundamental abordar los avances legislativos que permiten a los adolescentes, al alcanzar la mayoría de edad, ejercer su derecho a la autodeterminación de género y nombre, como lo establece la Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles (LOGIDAC), ley que fortaleza el respeto a la identidad y dignidad de las personas, dando paso a un reconocimiento más amplio de la diversidad en el país.

La nueva Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles, LOGIDAC (2016), aprobada por la Asamblea Nacional, permite registrar la voluntad de cambio de sexo por género. El Art. 94 señala que:

Voluntariamente, al cumplir la mayoría de edad y por una sola vez, la persona por autodeterminación podrá sustituir el campo sexo por el de género que puede ser: masculino o femenino. El acto se realizará en presencia de dos testigos que acrediten una autodeterminación contraria al sexo del solicitante y por al menos dos años, de acuerdo con los requisitos que para el efecto se determinen en esta Ley y su reglamento. Este cambio no afectará los datos del registro personal único de la persona relativos al sexo. De darse esta situación, el petionario podrá solicitar el cambio en los nombres a causa de la sustitución del campo sexo por el de género (p.32)

En el caso de cambio de nombres la LOGIDAC (2016) en el Art. 78 expone que:

Toda persona desde los 18 años de edad, por sus propios derechos, por una sola vez, podrá cambiar sus nombres propios, alterar el orden de los mismos, suprimir uno cuando conste con más de dos o aumentar uno cuando conste con un solo nombre, sin más que su voluntad ante la autoridad competente de la Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación. Para el efecto, se seguirán las mismas reglas de los nombres en la inscripción (p.28)

En base a esto último, la Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles (LOGIDAC, 2016) declara importante el respeto a la identidad de género en Ecuador. Esta ley da la posibilidad de que el adolescente al cumplir los 18 años pueda cambiar el dato de “sexo” por “género” en sus documentos oficiales, si así lo desea, sin que esto afecte su información personal más general. Además, también si lo requiere pueda cambiar el nombre propio, para que coincida mejor con la identidad que siente como suya. Estas posibilidades muestran que el Estado reconoce que la identidad no siempre está determinada por el cuerpo con el que se nace, sino que también tiene que ver con cómo cada persona se siente y se identifica.

### **Problemáticas sociales vinculadas a la adolescencia**

La adolescencia es una etapa en la que los jóvenes se enfrentan a diversas problemáticas sociales que pueden tener un impacto significativo en su desarrollo siendo afectado negativamente. Algunas de éstas son: la discriminación, la violencia y problemas de salud mental.

**Discriminación:** Los adolescentes pueden llegar a sufrir discriminación por su origen étnico, orientación sexual, identidad de género, discapacidad o nivel socioeconómico. Dichas formas de exclusión pueden darse en espacios diferentes como las escuelas, colegios, la comunidad, el hogar, hospitales, entre otros y se manifiestan en forma de acoso, rechazo social, falta de oportunidades, etc. La discriminación puede reforzar otros tipos de violencia además de producir consecuencias negativas en el desarrollo social y emocional de los adolescentes.

Los procesos de discriminación ya no tienen que ver centralmente con la desigualdad, sino con la diferencia, es decir, con el reconocimiento del “otro” distinto a mí, pero que posee los mismos derechos y obligaciones; en este sentido la discriminación está fuertemente ligada a la identidad de una colectividad, donde a la vez que su percepción del “nosotros” se plantea como homogénea, lo hace frente a “otros” con características, marcas y rasgos distintivos y distintos; estas diferencias son edificadas en luchas pasadas y presentes, donde finalmente el objetivo es “reapropiarse del poder de construir y evaluar autónomamente la propia identidad (Giménez, 2005, como se citó en Pérez 2010)

**Violencia:** La violencia, tanto física como psicológica, es una problemática social persistente y una realidad para muchos adolescentes debido a que hoy en día pueden ser víctimas de violencia en el hogar, en la escuela o en la comunidad. El vivir en entornos violentos puede llevar a los adolescentes a reproducir aquello en su adultez ya que empiezan a normalizarlo al hacer que las faltas de respeto pasen desapercibidas cuando realmente se debería poner un alto.

La violencia de género es una problemática particularmente grave que afecta a muchas adolescentes. Tanto “la violencia física, psicológica o sexual contra niñas, niños y adolescentes constituye una de las principales amenazas a su desarrollo integral y, lastimosamente, sigue estando presente en la sociedad, bajo preceptos que la normalizan, avalan y en muchos casos la dejan impune.” (UNICEF, 2020, párr.2).

La violencia tiene múltiples formas de manifestarse, desde los gritos, insultos y amenazas hasta las humillaciones, los golpes y el abuso sexual incluyendo la discriminación y la negligencia. En todos los casos, deja severas consecuencias a nivel físico, psicológico y social, y erosiona la capacidad de desarrollar mecanismos de cuidado y aptitudes para toda su vida. (UNICEF, 2020, párr.7).

**Salud mental:** Los trastornos de salud mental como la depresión, la ansiedad y los trastornos alimentarios, son cada vez más comunes entre los

adolescentes. Estos problemas suelen estar relacionados con factores biológicos, psicológicos y sociales requiriendo la atención y apoyo profesional. Sin embargo, la aceptación y reconocimiento de estos problemas sigue siendo limitado por los estigmas que giran en torno a la salud mental como el de pensar que los psicólogos son para locos. Esto ocasiona que se ignoren los síntomas lo cual puede intensificar el malestar del adolescente. En un contexto hospitalario es fundamental que se garantice el acceso al apoyo emocional y psicológico adecuado ya que de por sí la adolescencia es una etapa complicada y adicionarle un diagnóstico puede ser extremadamente angustiante para los individuos.

Reconocer estas problemáticas sociales que atraviesan los adolescentes es un paso fundamental para comprender su mundo y acompañarlos de manera más empática y comprometida. La discriminación, la violencia y los problemas de salud mental no solo impactan su presente, sino que también pueden marcar profundamente su futuro. Por eso, más allá de los diagnósticos o los contextos en los que se desarrollen, es necesario mirar a los adolescentes con sensibilidad, escuchar lo que tienen para decir y brindarles espacios seguros donde puedan ser y expresarse sin miedo. Solo así nosotros podremos contribuir a que esta etapa vital no se convierta en un espacio de lucha solitaria, sino en una oportunidad de crecimiento con otros, en donde se fundamenta el respeto y cuidado.

### **Adolescencia desde el discurso psicoanalítico**

La pubertad es un período de transición que no solo implica cambios físicos y sociales, sino también una profunda reestructuración psíquica que es marcada por la búsqueda de identidad y la exploración de la sexualidad. Este apartado busca explicar desde el enfoque psicoanalítico esta etapa del desarrollo mediante reflexiones de Freud, Lacan y Stevens abordando temáticas como la reestructuración del yo, la búsqueda de identidad, lo que implica la relación con el Otro y la adolescencia como síntoma. Cabe recalcar que el psicoanálisis no habla de la adolescencia como tal sino que nombra a este periodo como pubertad lo cual da paso a referirse a ésta como consecuencia y síntoma de la pubertad.

En otras palabras, para el psicoanálisis, la adolescencia se manifiesta como una respuesta psíquica a los distintos cambios que se desencadenan en la pubertad. El menor de edad deja la sexualidad infantil para confrontarse con la sexualidad adulta que emerge con la pubertad. Esta transición genera angustia, conflictos e incluso rechazo ya que es una etapa compleja en la cual se busca encontrar sentido a la irrupción de lo sexual.

Freud (1905) en Tres ensayos sobre teoría sexual menciona que "con el comienzo de la pubertad se inician los cambios que transforman la vida sexual infantil en su forma definitiva y normal." Lo que esto quiere decir es que la pubertad es aquel punto en la vida de todo ser humano en donde se marca un cambio, un antes y un después. Esta etapa se trata más que sólo transformaciones físicas, se trata también de la aparición de conflictos que surgen por la reorganización y resignificación de la sexualidad infantil.

### **Reflexiones psicoanalíticas sobre la pubertad. Una mirada desde Freud**

La pubertad es una etapa de cambios marcada por transformaciones físicas y desde una perspectiva psicoanalítica está marcada por profundos cambios psíquicos que implican la reconfiguración de la relación con el propio cuerpo y con los otros. Los adolescentes comienzan a explorar su sexualidad lo que puede llegar a generar sentimientos de confusión, ansiedad y, en algunos casos, culpa. Desde el enfoque psicoanalítico freudiano, esta etapa va más allá que solo el tránsito entre la infancia y la adultez, sino que consiste en un período que supone toda una reorganización subjetiva.

Para Freud, la pubertad se sitúa en la perspectiva del desarrollo de la sexualidad infantil como un segundo comienzo después de la interrupción que implica la denominada etapa de latencia. Conceptualiza la pubertad como un momento crucial en el desarrollo humano, donde se reactivan los impulsos sexuales que habían estado reprimidos durante la infancia. Freud (1905) describe que este despertar de la sexualidad trae consigo una serie de conflictos internos, ya que los adolescentes deben lidiar con sus deseos y

las normas sociales que los rodean. Esta lucha interna es parte del proceso de formación de la identidad y de la búsqueda de un lugar en el mundo.

En el texto “Las metamorfosis de la pubertad” publicado en su obra “Tres ensayos de teoría sexual” de 1905 Freud menciona que “con el advenimiento de la pubertad se introducen los cambios que llevan la vida sexual infantil a su conformación normal definitiva. La pulsión sexual era hasta entonces predominantemente autoerótica; ahora halla objeto sexual”. Esta cita resume su concepción del desarrollo sexual humano ya que para él la sexualidad comienza desde la infancia, pero de una forma diferente a la de la adultez.

Estas manifestaciones infantiles son las bases de la futura organización sexual. La infancia se caracteriza por una sexualidad que aún no es completa, una sexualidad parcial que obtiene placer mediante estímulos en otras partes del cuerpo como la boca o el ano sin que exista un objeto sexual definido. Esto cambia con la llegada de la pubertad debido a que en la adolescencia ya no se trata solamente de un placer autoerótico sino de hallar un objeto sexual, unirse con el otro con el fin de buscar realizar la descarga sexual completa. En el mismo texto Freud (1905) menciona la aparición de este nuevo fin sexual y que “todas las pulsiones parciales actúan en conjunto para alcanzarlo, mientras que las zonas erógenas se subordinan a la primacía de la zona genital”.

De la misma manera hace una distinción entre dos corrientes afectivas, la tierna y la sensual. Explica que la primera se origina en los primeros vínculos sin tener alguna especie de connotación sexual como el amor por los padres, mientras que la segunda surge con el despertar de la genitalidad y es en la pubertad donde lo ideal es que estas dos corrientes puedan unirse en un solo objeto sexual ya que, si una de éstas no está presente, el sujeto puede: enamorarse sin ningún tipo de deseo sexual o desear sexualmente sin ningún tipo de enamoramiento.

Ahora, es importante resaltar que, con la llegada de la pubertad el menor de edad comienza a dejar atrás fantasías infantiles o como las llamó Freud

“fantasías incestuosas” que es lo que ocurre en el complejo de Edipo. Freud (1905) menciona en Tres ensayos de teoría sexual:

Contemporáneo al doblegamiento y la desestimación de estas fantasías claramente incestuosas, se consuma uno de los logros psíquicos más importantes, pero también más dolorosos, del período de la pubertad: el desasimiento respecto de la autoridad de los progenitores, el único que crea la oposición, tan importante para el progreso de la cultura, entre la nueva generación y la antigua (p.9).

Los niños durante la infancia ven a sus padres como figuras extremadamente idealizadas en donde no cuestionan nada de lo que ellos les dicen porque son su autoridad absoluta, pero durante la pubertad esto cambia. Empieza a haber una separación emocional entre el hijo y los padres, ya que ellos dejan de representar aquella figura puesta en un pedestal y empieza todo un cuestionamiento en torno a aquellas creencias debido a la aparición de nuevas perspectivas de la vida.

Los individuos empiezan a notar que sus padres no son perfectos, que existen otras realidades y que todos tienen derecho de tener pensamientos distintos. Al estar en una etapa en donde van construyendo su identidad, también construyen su propio criterio, aunque éste sea opuesto al de sus figuras de autoridad. Esta separación puede ser muy dolorosa, pero necesaria ya que el adolescente se enfrentará a una situación en donde pueda sentir culpa por ser “rebelde”, pero alivio porque aquello lo ayuda a crear su propia identidad, a desarrollar su criterio. Esto es necesario para madurar y crecer porque cada ser humano percibe la realidad de manera distinta. Sería incorrecto satanizar a un adolescente por querer cuestionar, formar su propio pensamiento, tomar sus propias decisiones, buscar su independencia emocional dado que es un proceso por el cual todos atraviesan.

Es especialmente en esta etapa en donde los adultos deben escuchar, acompañar y ser comprensivos con los jóvenes ya que se encuentran entre la espada y la pared, entre querer tener su autonomía sin decepcionar a sus

padres por el temor de perder su amor. Este proceso es fundamental porque si todas las generaciones fueran iguales no existiría progreso, cambio ni evolución. Sin cuestionamientos se arrastrarían los mismos conflictos de generación en generación. Asimismo, la cultura y la sociedad demandan, imponen y llenan a los jóvenes con muchas exigencias que los llega a frustrar ya sea por no alcanzar los ideales poniéndolos en constante tensión.

### **Lacan y la adolescencia: reestructuración del yo, búsqueda de identidad y relación con el Otro**

Jacques Lacan amplía la percepción de la adolescencia al introducir conceptos como el "yo" y la relación con el "Otro". Para Lacan, la adolescencia es un momento de reestructuración del yo, donde el adolescente se enfrenta a la tarea de construir su identidad en un contexto de deseo y reconocimiento (Lacan, 1966). El yo es lo que creemos que somos, sin embargo, esto no es algo fijo ya que se reestructura cuando la persona experimenta cambios emblemáticos por diversos motivos como experiencias traumáticas, cambios en la vida y/o desarrollo personal. En esos momentos es cuando el sujeto tiene que reorganizar cómo se ve a sí mismo y cómo se relaciona con el Otro. Los individuos no nacen con un yo formado, éste se va construyendo poco a poco en base a la relación que se tiene con los otros. Durante la adolescencia existe toda una reevaluación de la identidad, una reestructuración del yo.

En esta etapa del desarrollo, los menores de edad dejan de identificarse por completo con sus figuras parentales y empiezan a construir su propia identidad a partir de los significantes del Otro. Para Lacan el Otro (con mayúscula) no se trata de una persona en específico, sino que se trata de todo aquello que está en el exterior y brinda un lugar en el mundo, esto es el lenguaje, la cultura, la familia, la sociedad, aquello que acoge, que reconoce, pero que de la misma manera puede rechazar y no reconocer. Es aquí donde nace la interrogante: "¿Qué quiere el otro de mí?" Aquel cuestionamiento en particular puede traer mucha angustia y sufrimiento ante el desconocimiento de lo que quiere el Otro exactamente y de cierta manera

empieza a moldear las decisiones y los deseos de los individuos. “El deseo es el deseo del Otro” Lacan (1964).

En la infancia el niño se enfrenta a la castración, descubre que no puede tener todo y que ni él ni los otros están completos empezando por sus padres. Sus figuras de autoridad que antes parecían ser omnipotentes se muestran limitados. Para enfrentar esta angustia, el niño arma su fantasma. Lacan en el Seminario 14 “La lógica del fantasma” afirma que “El fantasma fundamental es una defensa frente a la angustia, y está hecho para organizar la falta en el Otro”.

La búsqueda de identidad se convierte en un proceso complejo, ya que el adolescente entra en conflicto al interrogarse por su propio deseo chocando con las expectativas del Otro. La relación con el Otro, el cual puede ser la figura parental, los amigos o la sociedad en general, juega un papel fundamental en esta construcción identitaria. La aceptación o el rechazo por parte de los demás puede influir en cómo el adolescente se ve a sí mismo y en su capacidad para establecer relaciones sanas porque busca ser reconocido al mismo tiempo que pretende ser fiel a su deseo. Es precisamente en este punto en donde el fantasma fundamental comienza a reconfigurarse.

La pubertad implica una pérdida de eficacia del fantasma infantil debido a que el cuerpo cambia y a su vez aparece el deseo sexual hacia otro lo que hace que el menor de edad se enfrente con algo que es nuevo para él, algo que no puede simbolizar del todo. No existe una receta que se pueda seguir para comprender lo que es ser hombre o mujer ni cómo exactamente estos deben relacionarse y precisamente el desconocimiento genera malestar. Es por eso que cuando el fantasma empieza a fallar en la adolescencia se generan distintos modos de responder frente a la angustia como el acting out, pasaje al acto, aislamiento y otros síntomas que se asocian con la rebeldía.

Es por toda esta cuestión que se da la reconfiguración del fantasma en la pubertad para poder inscribir el nuevo lugar del deseo en torno a la

sexualidad adulta. El fantasma no desaparece, se reestructura siendo un proceso singular para cada sujeto ya que la adolescencia se atraviesa de distintas maneras y para poder lograr dicha reconfiguración los adolescentes muchas veces buscan modelos como ideales de la sociedad, ídolos, ciertos grupos culturales, etc.

En el seminario 21, Lacan menciona que “la pubertad confronta al sujeto con un goce que excede los límites del fantasma infantil. De ahí que el sujeto se vea obligado a reubicar su posición en el campo del deseo.” Explicándolo de otra forma, el fantasma infantil ya no alcanza para darle sentido a todo lo novedoso que aparece con la sexualidad por eso se espera la reconfiguración del fantasma para la creación de una forma nueva de organización en cuanto al deseo y lo que conlleva relacionarse con el Otro.

La adolescencia lanza al sujeto a lo real, a todo aquello que no puede ser simbolizado, que es imposible saber a ciencia cierta y esto irrumpiendo esta etapa de manera repentina a través del goce y del cuerpo. Lo real se manifiesta en la adolescencia a través de cuestionamientos sin respuestas como: ¿Qué quiere el Otro de mí?, ¿Qué soy yo para el Otro?, ¿Cómo se ama?, pero ¿Qué pasaría si a esto se le suma un diagnóstico médico?

En muchos casos aquellos significantes presentes en torno al diagnóstico y a los ideales se condensan marcando el cuerpo y la subjetividad del adolescente de manera profunda. El diagnóstico se convertiría en un significante dado por un Otro. Además de ser una condición que atraviesa la persona, se inscribe en el sujeto. Este diagnóstico por más manejable que pudiera ser introduce un sentido de identidad y modos de goce en el sujeto. Por esa razón existen adolescentes que siguen siendo etiquetados como prematuros a sus 16 años a pesar de que dejaron de serlo en el instante que salieron de bebés del hospital. Cuando el cuerpo adolescente es afectado por un diagnóstico (como una enfermedad crónica o algún tipo de procedimiento o intervención quirúrgica), se intensifica ese real haciendo de una etapa complicada el doble de angustiante.

## **La adolescencia como síntoma en las adolescencias contemporáneas**

Alexander Stevens ofrece una mirada contemporánea sobre la adolescencia, destacando cómo los cambios sociales y culturales han transformado la experiencia de ser adolescente en la actualidad, considerando el hecho de que se habita en un mundo cada vez más globalizado y digitalizado con grandes cambios sociales. Los adolescentes enfrentan nuevos desafíos y oportunidades que influyen en su desarrollo psíquico. Para Stevens, la adolescencia no se trata simplemente del paso entre la niñez y la adultez, sino de una urgencia subjetiva que aparece cuando el adolescente no encuentra su lugar en la vida adulta y tampoco puede sostenerse de su infancia.

Según Stevens (2001) para un sujeto la adolescencia es “el surgimiento de una novedad, es decir, que ella misma es un nuevo síntoma el cual se introduce el sujeto”. Desde esta perspectiva lo que trata de decir es que la adolescencia se trata de algo más que solo una etapa del desarrollo, sino que es una cuestión que irrumpe la vida del sujeto transformando su modo de sentir y relacionarse. Al ser un síntoma, trae consigo desequilibrio psíquico. Los jóvenes experimentan cosas nuevas, buscan nuevas identificaciones y tratan de encajar en los ideales de la sociedad lo cual genera tensiones y malestares que se manifiestan mediante la rebeldía, la angustia, el estrés, la baja autoestima, cambios de humor, etc, siendo estos los síntomas con los cuales luchan, pero que al mismo tiempo los ayudan a sostenerse.

El síntoma no es algo que debe ser eliminado, sino una formación del sujeto que merece ser interpretada ya que es una respuesta subjetiva frente a lo real. Se trata de saber-hacer con el síntoma, con lo real. La clínica tiene como objetivo que el sujeto pueda asumir su síntoma y poder hacer algo con él. Stevens (2001) mencionó en su texto “La adolescencia y el síntoma” que el síntoma “es una respuesta del sujeto frente a un real que no puede ser simbolizado, una manera singular de habitar ese vacío”. En otras palabras,

es precisamente aquello que le permite al sujeto lidiar con lo que le resulta insoportable cumpliendo una función estabilizadora.

Es importante recalcar que el síntoma no es el mismo para todos, este es completamente singular. Cada sujeto manifiesta su propio síntoma. Por eso Stevens sostiene que el síntoma puede ser leído como una especie de solución. “El síntoma, en lugar de ser un problema, puede funcionar como una solución, incluso como un modo de vida para algunos sujetos” (Stevens, El síntoma y el sujeto, 2003). Ante lo real el sujeto construye una solución que consiste en una invención subjetiva para poder lidiar con el malestar que no puede poner en palabras. Stevens (2001) explicó en su texto La adolescencia y el síntoma que “una solución no es una respuesta estándar ni universal, sino una invención particular que le permite al sujeto sostenerse ante lo real”. También explicaba que la adolescencia es la edad de todas las soluciones posibles ya que esta etapa permite que el sujeto cree nuevas respuestas para inscribirse en el mundo.

Del mismo modo el autor, señala que la adolescencia contemporánea está marcada por la exposición constante a las redes sociales, donde la imagen y la identidad se construyen de manera pública y a menudo superficial. Esto puede generar una presión adicional sobre los jóvenes, quienes buscan validación y aceptación en un entorno donde las comparaciones son inevitables y los lleva a algunos a tomar medidas drásticas con la finalidad de poder alcanzar ideales que son poco alcanzables.

La adolescencia es un momento en el cual el sujeto debe rehacer sus elecciones de objeto. Stevens (1998) en su texto “La adolescencia, síntoma de la pubertad” menciona: “el sujeto todavía no se ha decidido respecto de sus elecciones de objeto; será ya heterosexual, ya homosexual” (p.26). Estas elecciones que se ponen a prueba en la pubertad deben descansar tanto de lado del fantasma como del síntoma. Estas elecciones se volverán a plantear, aunque la estructura ya está sin duda decidida: neurosis o psicosis (p.28).

La diversidad de identidades y orientaciones sexuales que se reconocen hoy en día ofrece a los adolescentes la posibilidad de explorar y afirmar su identidad de maneras que antes no eran tan visibles. Sin embargo, esta diversidad también puede generar conflictos internos y externos, especialmente en contextos sociales, familiares o culturales donde persisten estigmas y prejuicios.

Stevens (2001) en su texto “Clínica de la infancia y adolescencia” habla de la salida de la adolescencia la cual está articulada al Ideal del Yo y donde cita a Lacan “es necesario que el sujeto se oriente hacia el ideal del yo” es decir, la elección de una profesión, un nombre, un hombre o mujer, de un ideal. El mismo autor concluye “el ideal del yo es la elección de un síntoma que tiene una envoltura significativa y que da estabilidad a las relaciones del sujeto con su sentimiento de vivir. El ideal del yo construirá su existencia y se constituye a partir de lo que Lacan llama función del Nombre del Padre (p.11).

En este sentido, la adolescencia se configura como una etapa crucial de reestructuración subjetiva, donde el sujeto no solo se enfrenta a una redefinición de sus elecciones de objeto, sino también a la necesidad de encontrar un anclaje que le permita sostenerse frente al vacío que abre la pubertad. La elección de un ideal del yo, tal como lo plantean Lacan y Stevens, no es puramente una decisión consciente, sino algo estructural que implica la construcción de un síntoma que otorgue consistencia al lazo con el deseo y con el mundo. Así, la salida de la adolescencia no se reduce a un pasaje cronológico, sino que implica una apuesta subjetiva por una posición en el deseo y en la vida.

El psicoanalista Miquel Bassols plantea una hipótesis clave en el libro *Adoles(Seres)* de Guillermo López en su prólogo, Bassols expone que para entender la clínica psicoanalítica desde la enseñanza de Jacques Lacan: el despertar a lo real del sexo durante la adolescencia puede desencadenar tanto de la neurosis como psicosis. Esto significa que el impacto que tiene en un adolescente el encuentro con la dimensión sexual; cuando ya no es solo algo infantil o imaginado, sino algo vivido en el cuerpo, puede tener

consecuencias muy profundas en su manera de relacionarse consigo mismo y con los demás. Es por lo cual plantea que la misma llamada adolescencia es un desencadenamiento (López, 2020).

En el mismo libro Bassols retoma el término despertar, utilizado por Freud al hablar de la pubertad. El despertar se refiere a ese momento en que el adolescente se topa con algo nuevo en su cuerpo, con un goce que no puede explicar fácilmente ni con palabras ni con imágenes. Es una experiencia intensa que no encaja con las fantasías infantiles previas sobre la sexualidad (López, 2020). Por lo cual ese encuentro con un nuevo tipo de placer o sensación corporal, lo que en psicoanálisis podríamos llamar goce, obliga al sujeto a reorganizar su mundo interno. Ya no basta con las ideas infantiles que tenía sobre el amor, el cuerpo o el deseo: ahora tiene que inventar una forma propia, un síntoma, para poder hacerle frente a esta nueva realidad. A veces lo logra de forma más o menos estable, otras veces este intento falla y se abren paso a síntomas más complejos o sufrimientos más intensos.

En conclusión, la adolescencia contemporánea no puede entenderse solo como una etapa de transición entre la niñez y la adultez, sino como un verdadero proceso de reestructuración subjetiva, donde el púber se ve impulsado a inventar nuevas formas de habitar su cuerpo, su deseo y su lugar en el mundo. Las teorías psicoanalíticas de Freud, Lacan, Stevens y Bassols nos muestran que la adolescencia irrumpe como un síntoma, como una respuesta singular frente a lo real, frente a aquello que desborda lo que se puede decir o imaginar.

En un mundo donde los adolescentes se ven constantemente enfrentados a ideales inalcanzables que generan malestar, angustia e inseguridad, cada sujeto intenta a su manera armar una solución y encontrar un síntoma que le permita sostenerse. Por eso, más que corregir o juzgar, se trata de escuchar. De reconocer en cada joven su esfuerzo por inventarse una salida, por construir un nombre propio y tener una posición en el deseo. Acompañar la adolescencia desde el psicoanálisis conlleva respetar el tiempo de esa invención, Por lo cual es necesario brindar un espacio donde

el síntoma no sea silenciado, sino más vale escuchado como verdaderamente es, es decir como una forma única y valiente de existir para ellos.

## **CAPÍTULO 2**

### **El Hospital y la adolescencia**

El entorno hospitalario para algunos es un lugar de esperanza y curación, mientras que para otros es una prisión donde abundan malas noticias. Cuando el que cruza sus puertas es un adolescente, ese espacio se convierte en un mundo extraño, lleno de nuevas sensaciones y desafíos particulares. Como se ha mencionado en el capítulo anterior, la adolescencia, es una etapa llena de descubrimientos, de búsqueda de identidad y de emociones intensas, por lo cual se verá totalmente alterada ante la irrupción de una enfermedad o la necesidad de atención médica especializada. Es por ello que el siguiente capítulo abordará inicialmente, el aparato hospitalario desde la perspectiva del adolescente analizando el rol fundamental del personal médico y la creciente necesidad de una humanización de la atención. Asimismo, se abordarán las enfermedades más comunes tanto físicas como mentales en adolescentes, proporcionando una base para comprender los desafíos de salud que enfrentan.

Posteriormente, se hará énfasis en la adolescencia problematizada por la experiencia hospitalaria. Se examinará el trauma que puede generar la contingencia médica y cómo un diagnóstico puede llevar a una desobjetivación del púber, estropeando su identidad en construcción. Se diferenciará entre la crisis propia de la adolescencia como etapa del desarrollo y las crisis experimentadas por adolescentes en el contexto de una enfermedad buscando comprender la singularidad de cada situación.

Finalmente, este capítulo hablará sobre la clínica en el ámbito hospitalario, planteando la posibilidad de un psicoanálisis en instituciones hospitalarias como herramienta para abordar el sufrimiento psíquico. Se discutirá la relación entre somatización y enfermedad orgánica, y se identificarán los factores hospitalarios estresores que impactan directamente en la salud mental de los adolescentes.

## **Contextualización del aparato hospitalario**

### **Rol del personal médico frente a adolescentes**

Como se ha mencionado en el capítulo anterior, la adolescencia es una etapa de transformaciones físicas, psíquicas, emocionales y sociales. Durante este periodo los jóvenes empiezan a construir su identidad mientras adquieren su autonomía. Muchas de las decisiones que toman en esta etapa son bases que van construyendo su futuro. Este momento de la vida es bastante movilizante para numerosos individuos en donde algunos sentirán la turbulencia de la adolescencia más que otros. Y uno de esos momentos en donde todo puede sentirse caótico es tener que enfrentarse a un diagnóstico médico y a una hospitalización indefinida.

En estos casos el personal médico debe cumplir un rol que es clave para el bienestar físico y emocional de los adolescentes. Este debe estar capacitado para comprender las características del desarrollo adolescente, incluyendo aspectos emocionales, cognitivos y sociales que pueden influir en el modo en que los adolescentes perciben su enfermedad, el tratamiento y el entorno hospitalario. Los profesionales de la salud en muchos casos son figuras que representan autoridad, conocimiento y cuidado, lo cual puede generar una relación de duda por parte del adolescente que está en búsqueda de autonomía, pero a la vez necesita apoyo. El rol del personal médico frente a adolescentes es fundamental y según cómo este se desenvuelva puede tener un impacto positivo o negativo en los individuos.

Actualmente, muchos profesionales de la salud ofrecen servicios genuinamente centrados en el paciente, que escuchan, respetan, involucran y empoderan a sus pacientes adolescentes. Sin embargo, los esfuerzos para garantizar que todos los adolescentes reciban este nivel de atención se han visto limitados por la falta de un marco conceptual común para definir y medir la atención centrada en el paciente. A pesar de la publicación de numerosas directrices y estándares de calidad, existen pocos indicadores cuantitativos validados para medir y comparar la calidad de los diferentes servicios. (Hargreaves et al, 2014, p.1).

El rol del personal médico no solamente comprende en brindar la atención sanitaria, sino que, del mismo modo debe procurar promover y orientar a sus pacientes a mantener estilos de vida saludables. Todos los adolescentes tienen posiciones subjetivas distintas, por ende, distintos individuos pueden vivir el mismo diagnóstico de manera peculiar.

La atención centrada en el paciente puede ser particularmente importante durante la adolescencia, un período formativo en el que se adquieren comportamientos y actitudes hacia la salud que durarán toda la vida. Sin embargo, los principios de la atención centrada en el paciente deben interpretarse y aplicarse de manera que satisfagan las distintas necesidades de desarrollo de este grupo de edad. (Sawyer et al, 2014, p.4).

Uno de los principales desafíos al trabajar con adolescentes es poder crear un vínculo de confianza especialmente cuando pueden existir factores que complican esta meta. Algunas de las problemáticas comunes entre médicos y adolescentes son en primer lugar la falta de comunicación. Muchos adolescentes no se sienten realmente escuchados y tampoco comprenden el lenguaje técnico de los médicos, lo que en lugar de tranquilizarlos aumenta su angustia. Esto genera barreras en el momento de querer expresar alguna duda o malestar ya sea física o emocional.

En segundo lugar, se puede mencionar la falta de información del personal médico sobre la adolescencia ya que no todos están totalmente capacitados para abordar las particularidades de esa etapa lo cual lleva a que la atención no sea la adecuada en el momento de trabajar con ellos. Otro factor que toma protagonismo al atender adolescentes es la transferencia. Los profesionales de la salud pueden proyectar en sus pacientes emociones o conflictos que se originan en el vínculo que puedan tener con sus hijos, especialmente si también están cursando la adolescencia. Algunos médicos pueden asumir de forma inconsciente el rol parental especialmente si no se tramitan cuestiones personales en torno a la paternidad o conflictos con sus hijos. Esta situación puede darse en

viceversa, el personal médico también puede despertar fenómenos transferenciales en los adolescentes lo cual puede ser positivo o negativo.

A varios profesionales les genera terror la idea de tener que interactuar con adolescentes y gran parte se debe a los prejuicios que giran en torno a la edad, no todos poseen la empatía necesaria para comprender que estar a la espera de un diagnóstico puede angustiar a cualquier persona, especialmente a los jóvenes que ya de por sí atraviesan una etapa complicada. Muchos adolescentes desconocen sus diagnósticos y justamente el no poder entender de qué se trata puede alterarlos especialmente si no comprenden los términos utilizados por el personal médico. Este tiene la responsabilidad de brindar información clara que esté adaptada a la capacidad de comprensión del adolescente.

Por otro lado, algo que genera mucha resistencia es el acercamiento con un trato autoritario, el no involucrar al adolescente en lo que conlleva la toma de decisiones refuerza la sensación de no ser escuchados por lo cual Sawyer et al. (2014) proponen que un enfoque centrado en el paciente adolescente, basado en escucha activa y respeto, es clave para mejores resultados de salud (p.2).

El poder educar a los jóvenes sobre su salud implica mucho más que solo dar un diagnóstico y el posible tratamiento, involucra guiar al adolescente para que entienda su cuerpo, procese la nueva información, conozca posibles riesgos y aprenda a tomar decisiones que beneficien a su bienestar. Por eso es importante que el médico actúe sin prejuicios, con empatía y respeto en todo momento ya que de esa manera es posible crear un ambiente armónico, seguro y libre de juicios negativos con el fin de que los jóvenes puedan expresarse sin temor a ser ignorados o mal vistos.

Otro rol que le compete al personal médico es el preventivo. Detectar a tiempo factores de riesgo evita que sean crónicos en la adultez por la falta de atención pertinente. Además de realizar controles médicos, también se debe tomar en cuenta el bienestar emocional del adolescente. Corry y Leavey (2017). Afirman que “la percepción de los médicos como distantes

provoca que solo un tercio de los adolescentes busquen ayuda para problemas emocionales”. (p.6). Los profesionales de la salud deben actuar como puente entre los adolescentes y sus familias para asegurarse de que todo esté comprendido y que tengan el apoyo necesario en tiempos que podrían considerarse difíciles. A su vez, el poder identificar si se requiere una intervención multidisciplinaria ayuda a buscar soluciones en distintos ámbitos. El médico siempre debe mantener su ética y saber intervenir ante situaciones delicadas de forma correcta y efectiva. De ese modo se contribuye al desarrollo integral de los adolescentes ante situaciones estresantes.

### **Humanización de la atención**

En el entorno hospitalario, la humanización del cuidado conlleva identificar al adolescente no únicamente como un paciente, sino como un sujeto con historia, sentimientos y necesidades específicas. Esto demanda una estrategia que fomente el respeto por la dignidad, la privacidad y la independencia del adolescente, incluyendo su implicación activa en las decisiones relacionadas con su salud. Según Butragueño et al. (2016) afirma que el concepto de humanización

no está aún bien estandarizado ni definido, lo que puede conllevar confusiones y dificultades en su implementación. Dentro del propio personal sanitario existen controversias sobre su significado, otorgando a estos profesionales distintas definiciones del concepto (empatía como principio fundamental, una escucha atenta, una buena relación con el paciente, una reorganización del trabajo mejorando la accesibilidad o una mejoría del ambiente de cuidado) (p.4).

Esto quiere decir que la falta de una definición clara genera dificultades en la práctica ya que cada profesional interpreta a su manera lo que consiste la humanización. Al haber múltiples interpretaciones, también hay distintas formas de humanizar a un individuo, pero es necesario que todos los profesionales estén en la misma lógica con lo que conlleva humanizar a los adolescentes hospitalizados.

Cuando un adolescente se ve obligado a atravesar una experiencia hospitalaria, su adolescencia se ve interrumpida por el entorno clínico siendo forzado a dejar toda una rutina a la que estaba acostumbrado. En muchos casos permanecer hospitalizado es angustiante debido al hecho de no saber por cuántos procedimientos más se debe pasar. En un ambiente en donde lo primordial para el entorno médico es buscar la cura o el tratamiento, muchos individuos además de lidiar con un diagnóstico, atraviesan otras cuestiones que no dejan de ser menos importantes, sin mencionar la preocupación de los cambios y los ideales caídos dependiendo de cada valoración.

En este contexto la humanización de la atención adquiere importancia al permitir mejorar la experiencia de los adolescentes y contribuir de manera positiva en su recuperación. Muchas veces se tiende a priorizar lo técnico sobre lo humano, se deja de reconocer que no se está trabajando con un objeto. Un hospital puede resultar como un lugar totalmente desconocido y angustiante para numerosos adolescentes y frecuentemente no es asociado con cosas positivas.

Cuando el ambiente hospitalario es frío y bastante rutinario puede generar en los adolescentes miedo y desconfianza. La humanización conlleva poder reconocer la vulnerabilidad de los individuos y poder adaptar el trato de manera particular con cada uno teniendo en cuenta las dificultades de su etapa. Es importante destacar que según Jamalimoghadam et al. (2019) “la sensación de seguridad contribuye significativamente al bienestar y la calidad de la atención de los adolescentes hospitalizados, quienes corren un mayor riesgo de sentirse inseguros. Sentirse inseguro durante la hospitalización puede tener un impacto negativo en la recuperación”. (p.1)

El poder escuchar a los pacientes de manera activa, el brindarles la información sobre su estado de manera clara sin tantos términos técnicos y permitir que participen en decisiones sobre su salud son algunas de las acciones que reducen la angustia en los adolescentes. Muchos de ellos antes de ser hospitalizados tenían un nombre, pero este puede quedar a un lado en el momento que se les otorgue un diagnóstico que se convierte en

un significativo que se inscribe en el sujeto por lo cual el adolescente empieza en la mayoría de los casos a desubjetivarse.

Cuando un adolescente se siente respetado y comprendido, su disposición al tratamiento mejora de manera notable lo cual a su vez mejora su bienestar. Lo ideal es que el profesional de la salud deje de representar para el adolescente una figura distante que impone y pase a ser un aliado en lo que respecta al proceso de recuperación. Butragueño et al. (2016) afirma que “los profesionales de la salud deben conocer los problemas, incertidumbres y necesidades de los adolescentes ingresados, para así poder ofrecer y optimizar una atención global del paciente pediátrico, promoviendo, de este modo, la excelencia en la atención hospitalaria” (p.2).

Cabe destacar que la humanización no sólo se queda en el trato interpersonal, sino que también debe extenderse a crear un ambiente acogedor. Los espacios físicos deben ser pensados para hacer sentir a los menores de edad acogidos y esto se logra a través del uso de colores cálidos, salas amigables como son las salas de juegos o espacios de recreación y tener la posibilidad de estar acompañados por familiares o conocidos cercanos. De esta manera se puede transformar la experiencia hospitalaria de un adolescente para que sea más llevadera durante su estadía. Sin embargo, esto no significa que tener un entorno acogedor sea lo único necesario para humanizar a los pacientes.

Humanizar la atención hospitalaria implica el poder construir un entorno en donde además de curar a la persona físicamente se cuide su subjetividad, su parte emocional. Se trata de poner a la persona, en este caso a los adolescentes, en el núcleo del cuidado. Un cuidado que no solo implique la ausencia de enfermedad sino entender la salud como un todo, bienestar físico, mental, emocional, psicológico y social.

La humanización se trata de reconocer al sujeto, validar al sujeto. Esto se puede malentender y se puede confundir con la sobreprotección. No consiste en tratar al adolescente como si fuera un niño ni tampoco se trata de sobreprotegerlo, comprende en no reducirlo a un diagnóstico. Se trata de

reconocer que, detrás del síntoma, hay una historia y una posición subjetiva frente a la enfermedad.

Desde el psicoanálisis, cuando un adolescente atraviesa una hospitalización, no sólo enfrenta una experiencia corporal (la enfermedad), sino también una experiencia simbólica que interroga profundamente su subjetividad y los lleva a sentir angustia. La humanización de la atención hospitalaria debe darse como el reconocimiento del adolescente como un sujeto deseante, no como objeto de intervención médica.

Freud explicaba que la angustia era una señal de aquello que no podía ser dicho fácilmente, aquello que no se podía poner en palabras. “La angustia se refiere tan sólo al estado, haciendo abstracción de todo objeto, mientras que en el miedo se halla precisamente concentrada la atención sobre una determinada causa objetiva” (1916). Mediante esta cita, Freud distingue la angustia del miedo al explicar que el miedo está dirigido a algo concreto mientras que la angustia no tiene un objeto.

En el adolescente hospitalizado, esta angustia puede manifestarse de distintas maneras como a través de la agresividad, el desinterés, el retraimiento, etc. La atención deshumanizada encuentra estos síntomas como algo insostenible, algo que se debe eliminar sin escuchar los motivos, en cambio una atención humanizada va a buscar a toda costa posibilitar un espacio de escucha sin tener que silenciar al adolescente. El equipo médico no requiere dar psicoterapia ya que no están capacitados para aquello, pero sí tienen la capacidad de poder escuchar y preguntar ya que tan solo con el simple hecho de dejar que el adolescente ponga en palabras su problemática podría dar paso a que se empiecen a configurar efectos terapéuticos.

### **Enfermedades más comunes en adolescentes**

En el ámbito hospitalario, las enfermedades que afectan con mayor frecuencia a los adolescentes pueden dividirse entre afecciones físicas y trastornos de salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) estima que 1 de cada 7 adolescentes de entre 10–19 años presenta

un trastorno mental, siendo la depresión, la ansiedad y los trastornos de conducta los más comunes (párr. 1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), los trastornos mentales representan una de las principales causas de carga de enfermedad en los adolescentes, afectando su desarrollo, funcionamiento cotidiano y calidad de vida. En la siguiente tabla #4 se detallan los trastornos más frecuentes en esta etapa, así como ciertas conductas de riesgo asociadas, prevalencia y observaciones clínicas. Esta sistematización permite dimensionar la magnitud del problema y resalta la necesidad de intervenciones específicas en salud mental dirigidas a adolescentes.

**Tabla 4.** Cuadro de principales trastornos mentales según la Organización Mundial De La Salud

| <b>Tipo de trastorno (OMS, 2024)</b> | <b>Grupo de edad (años)</b> | <b>Prevalencia (%)</b>                    | <b>Observaciones relevantes</b>                                  |
|--------------------------------------|-----------------------------|---|--|
| <b>Trastornos emocionales</b>        | 10–14                       | Ansiedad: 4,4%<br>Depresión: 1,4%         | Afectan el rendimiento escolar. Riesgo de aislamiento y suicidio |
|                                      | 15–19                       | Ansiedad: 5,5%<br>Depresión: 3,5%         | Ansiedad más común en mayores. Síntomas compartidos.             |
| <b>Trastornos del comportamiento</b> | 10–14                       | TDAH: 2,9%<br>Trastorno de conducta: 3,5% | Impactan la educación. Riesgo de conducta delictiva.             |
|                                      | 15–19                       | TDAH: 2,2%<br>Trastorno de conducta: 1,9% | Disminuyen con la edad. Impulsividad.                            |
|                                      | 10–14                       | 0,1%                                      | Mayor prevalencia en niñas. Asociados a suicidio y               |

|                                     |             |  |  |
|-------------------------------------|-------------|--|--|
|                                     |             |  | comorbilidad.  |
| <b>Trastornos alimentarios</b>      | 15–19       | 0,4%   | Anorexia con alta mortalidad. Obsesión por el cuerpo.  |
| <b>Psicosis (ej. esquizofrenia)</b> | 15–19       | 0,1%   | Afecta el funcionamiento diario. Estigmatización.  |
| <b>Suicidio y autolesión</b>        | 15–29       | -  | 3. <sup>a</sup> causa de muerte. Factores de riesgo: alcohol, abuso, estigma, acceso limitado a ayuda. |
| <b>Conductas de riesgo</b>          | 15–19       | Alcohol: 22% (2019)<br>Cannabis: 5,5% (2022) | El consumo inicia en la adolescencia. Mayor consumo de cannabis que en adultos (4,4%).                 |
|                                     | Antes de 18 | Tabaco: prevalencia temprana                 | Patrones tempranos que persisten en la adultez   |
| <b>Violencia interpersonal</b>      | 15–19       | -  | Causa principal de muerte. Asociada a bajo nivel educativo y riesgo penal.                             |

Adaptado de *Mental health of adolescents* por Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>). Copyright 2021 por Organización Mundial de la Salud (OMS).

En este contexto, resulta indispensable considerar no sólo la parte clínica de los trastornos mentales en la adolescencia, sino también las consecuencias sociales y estructurales que estos implican. La salud mental no puede abordarse individualmente, ya que se encuentra fuertemente vinculada a factores como la exclusión, el estigma y la vulneración de derechos. Tal como señala la misma OMS (2024): “Los adolescentes con

problemas de salud mental son particularmente vulnerables a la exclusión social, la discriminación, el estigma (que afecta su disposición a buscar ayuda), las dificultades educativas, las conductas de riesgo, la mala salud física y las violaciones de los derechos humanos” (párr.3).

Múltiples factores afectan la salud mental. Cuantos más factores de riesgo a los que se exponen los adolescentes, mayor es el impacto potencial en su salud mental. Entre los factores que pueden contribuir al estrés durante la adolescencia se incluyen la exposición a la adversidad, la presión para adaptarse a los pares y la exploración de la identidad. La influencia de los medios de comunicación y las normas de género pueden exacerbar la disparidad entre la realidad vivida por un adolescente y sus percepciones o aspiraciones para el futuro. Otros determinantes importantes incluyen la calidad de vida familiar y las relaciones con sus pares. La violencia (especialmente la violencia sexual y el acoso escolar), la crianza severa y los graves problemas socioeconómicos son riesgos reconocidos para la salud mental. (párr.5)

Tal como se ha visto, la salud mental de los adolescentes puede verse afectada por varios factores. Mientras más situaciones difíciles enfrenten, más podría perjudicar su bienestar emocional. Algunas de las causas que les generan estrés son vivir experiencias difíciles, sentir presión para encajar con los demás y el tratar de descubrir quiénes son. Además, lo que ven en redes sociales o en los medios, junto con lo que la sociedad espera de ellos según su género, puede hacer que se sientan frustrados si su vida no se parece a lo que observan y desean. También influye mucho cómo se relacionan con sus familias y amigos.

Aunque se habla mucho sobre la salud mental en la adolescencia, también es importante prestar atención a la salud física. Muchas veces, los problemas físicos pueden afectar cómo se siente un adolescente. Por eso, conocer las enfermedades físicas más comunes en esta etapa ayuda a tener una visión mejor y completa del cuidado que necesitan. En la siguiente tabla #5 se resumen algunas de las principales enfermedades físicas que afectan

a los adolescentes en el mundo, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

**Tabla 5.** Cuadro resumen de enfermedades físicas más comunes en adolescentes

| <b>Enfermedades físicas más comunes en adolescentes (OMS, 2024)</b> |                                 |   |  |
|---|---------------------------------|---|--|
| <b>Categoría</b>  | <b>Condición / Enfermedad</b>   | <b>Descripción</b>  | <b>Relevancia</b>  |
| <b>Infecciones transmisibles</b>                                    | VIH/SIDA                        | Infección que debilita el sistema inmune. Afecta gravemente la salud si no se trata | En 2021, 1,7 millones de adolescentes (10–19 años) vivían con VIH, especialmente en África Subsahariana. |
|   | Infecciones respiratorias aguda | Como la neumonía, afectan las vías respiratorias.                                   | Una de las principales causas de muerte en adolescentes de países de ingresos bajos.                     |
|   | Diarrea Aguda                   | Puede causar deshidratación grave   | Aún una causa importante de mortalidad infantil y adolescente en contextos vulnerables.                  |
|   | Tuberculosis                    | Infección pulmonar que también puede afectar otros órganos                          | Común en adolescentes no vacunados o en contacto con adultos infectados.                                 |
|   | Virus del Papiloma Humano (VPH) | Virus de transmisión sexual que puede causar cáncer cervical.                       | La vacunación entre los 9 y 14 años puede prevenir la mayoría de los casos.                              |

|                                      |  |   |   |
|--------------------------------------|--|---|---|
| <b>Enfermedades no transmisibles</b> | Obesidad y sobrepeso                     | Acumulación anormal de grasa corporal.                    | 1 de cada 5 adolescentes en el mundo sufre de sobrepeso u obesidad.                 |
|                                      | Anemia por deficiencia de hierro         | Reducción de glóbulos rojos, afecta energía y desarrollo. | Muy común en adolescentes, especialmente mujeres.                                   |
| <b>Salud reproductiva</b>            | Embarazo adolescente                     | Riesgo de complicaciones para madre y bebé.               | 12 millones de adolescentes dan a luz cada año; mayor riesgo de mortalidad materna. |
|                                      | Enfermedades de transmisión sexual (ETS) | Infecciones como clamidia, gonorrea, sífilis.             | La falta de acceso a educación sexual y métodos de protección aumenta su riesgo.    |

Adaptado de *Adolescent and young adult health*, por Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>). Copyright 2021 por Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el grupo de edad de 10 a 24 años, las tasas de mortalidad más bajas se observan en los adolescentes de 10 a 14 años y las más altas en los adultos jóvenes de 20 a 24 años. Las mujeres suelen presentar tasas de mortalidad más bajas en estas edades que los hombres. (párr. 2)

Los patrones de mortalidad en jóvenes de 10 a 14 años están dominados por enfermedades infecciosas. Entre adolescentes mayores y adultos jóvenes, se observa una tendencia a disminuir las enfermedades infecciosas de la infancia y a centrarse en accidentes y lesiones, autolesiones y violencia interpersonal. Las diferencias de género en las tasas de mortalidad también se hacen evidentes en la adolescencia. (párr. 3)

En conclusión, la salud física y mental en la adolescencia están profundamente ligadas. Cuando una se ve afectada, tiene incidencia en

sobre la otra, y esto influye directamente en cómo los adolescentes se sienten y viven su día a día. Por eso, es importante mirar a los jóvenes no solo desde lo que les duele o les preocupa, sino también desde lo que necesitan para estar bien en su entorno, en sus relaciones y consigo mismos. Atender su salud es mucho más que tratar síntomas, es escuchar, acompañar y crear espacios donde puedan sentirse seguros, comprendidos y valorados. Cuidar de ellos de manera integral es una forma de reconocer todo lo que están atravesando y de apostar por su presente y su futuro.

### **Adolescencia problematizada**

La adolescencia no es una etapa simple ni predecible, sino que es un momento lleno de cambios internos, físicos y sociales que transforman profundamente al sujeto. Cuando a esta se suma la vivencia de una enfermedad o una condición médica, la experiencia adolescente puede volverse aún más difícil de transitar. En este apartado del capítulo se explorarán situaciones en las que eventos como un diagnóstico médico o una hospitalización irrumpen la vida del adolescente, afectando su modo de pensar y de habitar su historia. También se plantea la importancia de distinguir entre una crisis propia del crecimiento como parte natural del proceso del desarrollo en esta etapa y aquellas crisis más intensas o prolongadas, donde el malestar supera lo esperable y puede dejar al joven atrapado en un sufrimiento que no encuentra palabras ni salidas.

#### **El trauma de la contingencia médica**

La adolescencia al ser una etapa compleja de cambios hace que cualquier evento inoportuno pueda tener efectos significativos. La aparición repentina de una enfermedad o accidente en la adolescencia puede irrumpir de forma traumática en la vida psíquica del sujeto. La contingencia médica se entiende como la exposición a situaciones inesperadas de enfermedad, hospitalización, intervenciones médicas y tratamientos prolongados generando para muchos adolescentes un trauma.

Esta no solo altera el cuerpo, sino también los vínculos, las rutinas, los deseos y la percepción del tiempo. En este sentido, un evento médico no es

solo una experiencia física, sino también un golpe simbólico que se enfrenta a la construcción de la identidad que puede marcar un antes y un después en el adolescente. En este apartado se explicará cómo la experiencia médica, la cual es inesperada y disruptiva, puede vivirse como un trauma y afectar los procesos subjetivos que están en curso en los jóvenes.

Orceana et al. (2020) El trauma médico ocurre después de que alguien se somete a un procedimiento médico o enfermedad grave. Los adolescentes diagnosticados con enfermedades crónicas o terminales pueden sufrir traumas médicos, al igual que quienes sufren lesiones o cirugías potencialmente mortales. Las investigaciones muestran, por ejemplo, que muchas personas que reciben tratamiento para el cáncer y problemas cardíacos experimentan traumas médicos. Para otros, una simple visita a urgencias o a la UCI también puede tener consecuencias traumáticas. (párr.2)

El trauma médico en adolescentes se refiere al impacto psicológico negativo que resulta de la vivencia de procedimientos médicos que bien pueden ser dolorosos, prolongados y en muchos casos inesperados. Esto también incluye cómo percibe y asimila el adolescente la situación, desde el recibimiento de la noticia, su actitud frente a aquello y el trato que recibe por parte del personal médico. Este último juega un rol fundamental en el bienestar del adolescente porque dependiendo del trato hay un efecto negativo o positivo en el individuo.

Además de enfermedades crónicas, la contingencia médica incluye accidentes, internamientos de urgencia, hasta somatizaciones. El trauma psicológico por lo general no puede percibirse físicamente, pero se manifiesta a través de síntomas como ansiedad, trastornos alimenticios, depresión, estrés, entre otros. Durante la adolescencia la autoimagen de los jóvenes empieza a construirse, buscan su identidad y se da la reactualización del fantasma por lo cual un diagnóstico puede interrumpir este proceso ya que se caen muchos ideales en torno al cuerpo, a la salud y al cómo serán percibidos desde ese momento en adelante.

Muchos adolescentes se sienten vulnerables por la pérdida de lo que era su cuerpo ideal y parte de su autonomía al estar bajo protocolos hospitalarios en un entorno completamente distinto a lo que acostumbraban. Esto desencadena ansiedad y sentimientos de inutilidad lo cual puede resultar más complicado de procesar emocionalmente cuando no son escuchados ya que varios jóvenes se estresan por no estar haciendo las actividades que deberían y no pueden por la hospitalización. Este sentimiento de pérdida es un aspecto central del trauma médico por el quebranto de la normalidad a la que estaban enseñados. También se puede experimentar la pérdida del control sobre sus planes y vidas.

El entorno hospitalario es un factor que influye en la autopercepción de los adolescentes. La sensibilidad del personal médico, el acompañamiento psicológico y familiar son pilares para que esa experiencia no duela tanto, para que se tramite el trauma. La calidad de la intervención médica influye en la narrativa en la que los adolescentes construyen un argumento en torno a su contingencia, y esto contribuirá en un mejor procesamiento del cómo se maneja la enfermedad al sentirse apoyados y escuchados.

Poder comprender el trauma médico y tratarlo de manera empática puede ayudar a sanar tanto emocionalmente como físicamente. Los adolescentes necesitan sentir tratos empáticos, necesitan significantes positivos, no de aquellos que giran en torno a la muerte o a la pena. Al hablar de muerte no se hace referencia a la muerte literal, sino a la muerte subjetiva, la muerte simbólica.

### **La desubjetivación a raíz del diagnóstico**

Cuando a un adolescente le diagnostican que tiene una enfermedad, no solo habrá cambios en su cuerpo o su rutina, muchas veces su subjetividad queda en segundo plano frente a una nueva etiqueta que lo definirá como el enfermo que tiene aquel diagnóstico. A veces, sin querer, el diagnóstico empieza a hablar por él. Su historia, su manera de vivir y de sentir, se ven opacadas por lo que dice la valoración realizada. Esto puede hacer que el adolescente se sienta menos escuchado, menos visto como persona y más

como un caso. En este apartado, se buscará explicar cómo ese momento del diagnóstico puede afectar profundamente al púber, no solamente en lo físico, sino también en su forma de verse a sí mismo y de relacionarse con los otros.

En el aparato hospitalario, el adolescente se encuentra sumergido en un espacio que lo diagnostica, lo nombra. El hospital toma el lugar de un Otro que da un significante al adolescente, en este caso, el diagnóstico. Como se mencionaba en el capítulo anterior, los significantes presentes en torno a la valoración se condensan marcando el cuerpo y la subjetividad del adolescente. Esto introduce un sentido de identidad en el sujeto además de modos de goce. Muchas veces el Otro institucional no le otorga la palabra al individuo y en lugar de eso habla por él, lo define con términos técnicos y no toma en cuenta la angustia, sino que la silencia.

Hay una gran diferencia entre diagnosticar y etiquetar a un sujeto, pero esto suele confundirse. Muchas veces el diagnóstico se convierte en una etiqueta que dura y marca al paciente incluso a largo plazo. Esto puede perjudicarlo en ciertos ámbitos por los prejuicios que se generan en torno a la etiqueta. No se diagnostica para que la persona abandone su subjetividad, se diagnostica para que sea posible estructurar un tratamiento o un plan terapéutico para que se le pueda dar la atención y acompañamiento adecuado. Al final del día, el adolescente es mucho más que un diagnóstico, mucho más que una enfermedad, es una persona deseante que tiene su individualidad. Una enfermedad no determina todo lo que es un sujeto.

Por otro lado, la demanda de la institución, la presión institucional hace que se busque diagnosticar inmediatamente porque de esa manera la angustia para los otros disminuye al saber con qué es lo que se está tratando, sin embargo, muchas veces esto lleva a los sujetos a etiquetar al paciente desubjetivándolos por completo, incluso, en algunos casos el diagnóstico es un escudo para ciertos padres dado a que se les hace más fácil culpabilizar la enfermedad que hacerse responsables de ciertas cuestiones. Por esta razón la humanización siempre debe estar presente, se debe arrancar la etiqueta y dejar al paciente ser sujeto y no objeto.

Durante la adolescencia el cuerpo cambia, se erotiza y se vuelve extraño porque se atraviesa el duelo del cuerpo infantil. Del mismo modo existen otros tipos de duelos, por ejemplo, el de un cuerpo idealizado no alcanzado. Esto causa que el cuerpo se convierta en un campo de significación penetrante. Si a esto se le suma algo inesperado como la aparición de una enfermedad o intervención médica, el cuerpo se vuelve ajeno, fragmentado o incluso invadido. Invasión por tratamientos que muchas veces resultan ser agresivos e invasión por significantes limitantes.

Para Lacan (1955), el significante es la forma a través de la cual el sujeto es constituido, dividido y puesto en relación con el Otro. En su seminario III: Las psicosis mencionó que “el sujeto es lo que un significante representa para otro significante” (p.231). En otras palabras, el sujeto siempre va a depender del modo en que los significantes lo atraviesan. El primer significante es aquel que marca al sujeto, aquel que le permite entrar en el lenguaje, pero aquello que al mismo tiempo deja al sujeto dividido entre lo que puede decir de sí mismo y lo que es.

El primer significante que fija una posición subjetiva en el individuo es el significante amo que puede ser el Nombre del Padre, un mandato o una prohibición. Aquel significante que es capaz de nombrar a alguien, pero que también es capaz de borrar y desubjetivar al individuo. Si a un adolescente se lo nombra constantemente como problemático, malcriado, rebelde, etc., ese significante lo va a fijar a aquella posición. Muchas veces, en el caso de tener un diagnóstico médico, éste se torna en un nuevo significante que borra al adolescente como sujeto. La preocupación y la atención gira en torno a una valoración multidisciplinaria lo cual deja al sujeto en segundo plano dando paso a la desubjetivación.

De pronto, el adolescente deja de hablar de lo que le ocurre sintiéndose reducido a un diagnóstico. Todos tienen algo que decir sobre él, menos él. Si ya no hay un lugar para su decir, para poner en palabras lo que lo angustia, para ser tomado en cuenta, ya no hay sujeto. Cuando un solo significante cubre al adolescente por completo, lo borra. Lo divide al mismo tiempo que lo representa. Lacan explica que los sujetos están constituidos y fracturados

por el lenguaje. El significante puede representar algo del sujeto, pero nunca va a capturarlo en su totalidad. El adolescente estará dividido entre lo que es y lo que puede decir de sí mismo, y es justamente en ese espacio donde se aloja el deseo.

La falta del sujeto genera deseo y por ende su existencia como tal, si un único significante, en este caso un diagnóstico, pretendiera decir todo lo que es una persona, se la estaría borrando. No habría deseo, pasaría de sujeto a objeto. Por eso se dice que el significante no solo constituye al sujeto, sino que también es capaz de herirlo. El cuerpo es algo que está hecho para ser marcado por el significante (Lacan, 1969). Esto quiere decir que el cuerpo es atravesado por el lenguaje y es verdaderamente humano cuando es significado, marcado por los significantes del Otro.

El rasgo unario es la marca simbólica que hace existir al sujeto como contado, pero que a la vez borra su singularidad viviente (Lacan, 1961). Este es el significante más elemental, el que marca y mortifica. El que se inscribe en el orden simbólico al ser reconocido, pero al mismo tiempo tiene un precio a pagar que es el de perder algo de la singularidad. Una situación en donde se gana para perder. El rasgo unario permite que el sujeto se distinga de los otros mediante su nombre propio, su número de cédula, o en el caso de estar hospitalizado, su diagnóstico e historia clínica.

En un contexto hospitalario la subjetividad de los adolescentes se encuentra aplastada por una enfermedad, por un diagnóstico, por el discurso institucional y por los prejuicios en torno a la etapa del desarrollo en la que se encuentran. El sujeto es identificado gracias a la valoración que se realiza, al número de cama, a su historia clínica, pero aquello lo reduce a una clasificación que hace que pierda algo de lo particular. Se disipa algo de su singularidad. Se manifiesta el rasgo unario, los jóvenes son parte del sistema hospitalario como uno más entrando en algún tipo de categoría dependiendo del diagnóstico que tengan, “la inválida”, “el del brazo amputado”, “la del tumor”, pero se pierden otros aspectos importantes.

Lo que sucede con el adolescente en este contexto es que se convierte en un caso más, y ese diagnóstico empieza a formar parte de su identidad. El individuo puede dejar de contar la historia de quién es al conformarse y sentirse como uno más, se desubjetiviza. Por aquella razón, es esencial que, en la práctica clínica, el personal médico pueda darle relevancia a la dimensión singular de cada joven allí donde el rasgo unario se ve abrumador. Esto no significa negar el diagnóstico, sino evitar reducir al adolescente al diagnóstico porque evidentemente hay mucho más de él que una enfermedad.

Cuando el adolescente puede poner en palabras lo que lo aqueja, cuando es tomado en cuenta más allá de su valoración, cuando se lo ve desde una perspectiva humanizante, cuando se comprende que además de ser un paciente es un sujeto deseante, el rasgo unario no podría borrarlo. Se debe comprender que en el caso de los individuos que atraviesan la adolescencia, la angustia se manifiesta el doble tanto por la hospitalización como por la identidad en construcción.

Para devolverle la subjetividad al sujeto, para humanizarlo, para contrarrestar el efecto del rasgo unario, es importante otorgarle un espacio al adolescente para que pueda decir algo de sí mismo muy aparte de una etiqueta clínica. Un espacio en donde pueda expresarse inclusive no solamente mediante la palabra sino también la escritura o el arte. Un lugar en donde puedan realizar actividades. Participar, hacer algo propio.

Cabe destacar que el acompañamiento que se le da al adolescente al momento de poner en palabras su síntoma ayuda a que éste no sea reducido a un diagnóstico, pretende devolverle algo de su subjetividad. Consiste en que el sujeto pueda darle un sentido propio a su situación, que pueda significar los acontecimientos de manera singular, que se le permita hablar desde el diagnóstico sin la necesidad de fijarlo a él. Ante todo, se debe tener en mente que se trabaja con un sujeto con diagnóstico, no de un diagnóstico que tiene vida.

## **Crisis de la adolescencia vs. adolescentes en crisis**

Desde el psicoanálisis la adolescencia es comprendida como una etapa de transición que se caracteriza por ser un tiempo de profundos cambios psíquicos, en donde el fantasma se reconfigura y se da paso a toda una construcción de la identidad. Este periodo puede ser doloroso para algunos adolescentes ya que, como se mencionaba en el capítulo anterior, está lleno de pérdidas simbólicas. Cada adolescencia se vive de manera distinta, por eso es importante reconocer las diferencias que hay entre la crisis que constituye esta etapa del desarrollo y del adolescente en crisis, en función de tener una dolencia grave en su salud orgánica y que tiene repercusión en su salud mental.

La crisis en la adolescencia es una transformación necesaria la cual es esperable. El adolescente se enfrenta ante la caída de sus padres idealizados, lo real del encuentro sexual, el duelo del cuerpo infantil y al intento de reinscribirse en lo simbólico desde una posición más personal, más autónoma. Winnicott (1980) plantea que la crisis de la adolescencia es temporal y que el remedio natural para ésta es el tiempo, explica que hay adolescencias no resueltas que pueden condicionar la vida adulta posteriormente. Por otro lado, Mannoni (1989), advierte que las crisis de los adolescentes se ven influidas por los problemas de sus padres.

Estos conflictos con las figuras de autoridad surgen a medida que los jóvenes deben elegir nuevos modelos identificatorios y dejan de ver a sus padres como sinónimo de perfección. Asimismo, la autora señala que la adolescencia puede terminar mal y he ahí la diferencia entre crisis de la adolescencia y la adolescencia en crisis. Desde una perspectiva lacaniana, el sujeto se enfrenta a un vacío estructural del significante, lo que produce angustia y a su vez intentos fallidos de poner el malestar en palabras lo que da paso a acting outs e incluso pasajes al acto. Sin embargo, a pesar de ser manifestaciones alarmantes, cumplen una función como formas de simbolización pasajeras ante todo el peso de la adolescencia.

Por otro lado, la adolescencia en crisis hace referencia a un desbordamiento, algo que ya deja de ser manejable. Ya no se trata

solamente de una etapa de transformaciones, sino que la crisis que en algún punto fue necesaria, se convierte en un síntoma que derrumba por completo al sujeto. Se da una imposibilidad de poder tramitar correctamente los cambios de la pubertad. Retomando a Mannoni (1989), ella pensaba que un gran número de esquizofrenias se deben al desenlace de crisis adolescentes que fueron interrumpidas y no resueltas en su momento. Por esa razón, lo que corresponde hacer en ese caso es acompañarla y no combatirla para que el sujeto pueda sacar lo mejor de ella.

Esto concuerda con lo que Stevens (2011) señala en su obra “Nuevos síntomas en la adolescencia”, ya que sostiene que, durante este periodo del desarrollo, el sujeto debe renunciar a los ideales infantiles y reformular su relación con la ley y el deseo, es decir imaginar un nuevo ideal del yo con base a una elección propia (párr.14).

Por el contrario, una adolescencia en crisis hace referencia a un desbordamiento. Las crisis derrumban al sujeto por la imposibilidad de tramitar los cambios de la pubertad. Stevens (2019) lo menciona en su texto “La adolescencia, síntoma de la pubertad”, “cuando el trabajo psíquico no puede sostener la transformación, aparece la crisis como ruptura, como fracaso del proceso adolescente” (párr. 12). En otras palabras, el encuentro con lo real de la pubertad que implica las transformaciones físicas, hormonales y simbólicas, requieren un trabajo psíquico que permita al sujeto integrarlas. Si no puede hacerlo, se desencadena la crisis como fracaso del proceso adolescente.

Lo que debería ser un desorden productivo para el adolescente se convierte en puro caos psíquico. Esto significa que, aunque parezca caótico, el desorden ayuda a que el adolescente pueda ordenar desde su subjetividad lo que quiere en su vida, redefinir su identidad y construir su camino hacia la adultez. Sin embargo, cuando las condiciones tanto psíquicas como sociales no son las óptimas durante este proceso, lo que es esperable de la adolescencia se convierte en un caos psíquico que derrumba por completo al adolescente, lo deja fragmentado y sin herramientas para enfrentar los cambios que conlleva esta etapa. Estas

adolescencias en crisis pueden resultar en patologías graves como, por ejemplo, psicosis, conductas suicidas, estados límites, consumo compulsivo de sustancias o inclusive violentos pasajes al acto.

En estas crisis se produce una ruptura del lazo social. El adolescente no se halla, no se siente parte de todo un entramado simbólico que le brinde sentido, simplemente no pertenece. Al quedar desamparado lo que aqueja y angustia pierde su rumbo regresando de forma destructiva y autolesiva hacia el propio cuerpo. El no tener una red simbólica y social que contenga al adolescente en crisis genera que el proceso se torne patológico. En un contexto hospitalario la atención se centra primordialmente en tratar una enfermedad, dejando a un lado muchas veces la urgencia subjetiva del adolescente. Pero es justamente en los hospitales en donde se reflejan las crisis.

La adolescencia por sí sola es una etapa compleja que implica bastantes cambios por lo que adicionarle un diagnóstico médico ya sea una enfermedad crónica o un procedimiento médico, causaría que la crisis adolescente se intensifique llenando de angustia a los individuos. Además de los desafíos que conlleva esta etapa, los adolescentes se enfrentan a lo desconocido, a un diagnóstico que cambiará su rutina y marcará su identidad.

Un diagnóstico médico en la adolescencia paraliza al sujeto por temor a que una condición hable por él. El adolescente puede sentirse anulado por los tratamientos, los controles médicos y las limitaciones que conlleva ya que ser visto de manera distinta al resto puede repercutir en su autoestima. Una noticia así en la adolescencia puede acentuar sentimientos negativos como el miedo, el enojo, la tristeza e incluso el rechazo al diagnóstico. Sería correcto pensar que un diagnóstico médico durante esta etapa propicia una crisis dentro de la crisis, sin embargo, aquello puede ser manejable siempre y cuando el adolescente sea sostenido, escuchado y acompañado sin ser reducido a un objeto. Atravesar una hospitalización durante la adolescencia puede ser muy difícil ya que se vive una doble crisis: la del desarrollo y la de la enfermedad.

Otras adolescencias en crisis también se manifiestan a través de casos particulares como ingresos por intentos de suicidios, autolesiones, descompensaciones nutricionales, accidentes, entre otros.

Esto refleja que la adolescencia no logró efectuarse como un proceso simbólico. Algunos factores como la exclusión social, violencia familiar, falta de contención impiden que el adolescente ponga en palabras sus conflictos deviniendo en una adolescencia en crisis en donde todo aquel sufrimiento psíquico se expresa en el cuerpo o mediante acciones radicales. En estos casos las instituciones hospitalarias reciben sujetos que portan un mensaje cifrado que no se lee a simple vista. Un mensaje que no ha podido decirse mediante palabras, pero cuyo significado es profundo yendo más allá de los prejuicios en torno a las adolescencias.

La atención médica siempre va a responder urgentemente a preservar la vida de los pacientes, pero aquellos casos en peculiares evidencian que hubo una falla en otros ámbitos, el familiar, el escolar, entre otros, que no pudieron brindar la contención necesaria llevando al adolescente a rechazar el proceso de la adolescencia. Si bien la atención en un hospital se centra en la cura física, no se puede dejar a un lado el contexto por el cual llegó el adolescente. Se debe brindar el espacio para que sean escuchados, reconocidos y tomados en cuenta. El cuerpo descuidado o auto agredido porta un mensaje que debe ser leído o por lo menos acompañado.

En relación a lo que se ha planteado se puede decir que la diferencia entre la crisis de la adolescencia y la adolescencia en crisis también se manifiestan en ámbitos hospitalarios. Mientras una es llevadera, la otra irrumpe sin contemplación manifestándose en gran parte mediante el cuerpo. Reconocer esta diferencia permite dar la atención adecuada para cada caso y no limitar la atención al mero tratamiento físico, sino a alojar las subjetividades de los adolescentes. El escucharlos no soluciona todo, pero da apertura a que ellos empiecen a tramitar la angustia de manera distinta.

## **Clínica en el ámbito hospitalario**

Atender a pacientes en un contexto hospitalario no significa sólo curar enfermedades o aplicar un tratamiento. Muchos de los sujetos que llegan traen consigo historias de vida, miedos, preguntas y silencios los cuales no se verán reflejados en ningún examen médico. Especialmente cuando se trata de adolescentes, la clínica en el hospital requiere tener una mirada más sensible, capaz de escuchar lo que no siempre se dice o expresa con palabras. Donde se hace este encuentro entre profesional y paciente se pone en juego algo mucho más allá del diagnóstico, la posibilidad de ser visto como una persona, y no solo como un cuerpo enfermo.

Este apartado trata sobre el posible abordaje desde el psicoanálisis dentro del hospital, las diferencias entre somatización y enfermedad, los factores hospitalarios que pueden funcionar como estresores para los adolescentes y otras formas posibles de intervención psicoterapéutica en el contexto institucional hospitalario.

### **Psicoanálisis posible en instituciones hospitalarias**

Muchas veces el hospital puede llegar a parecer un espacio único para lo urgente y medible, sin embargo, es allí donde también puede hacerse un lugar para la palabra del sujeto, un lugar para la escucha analítica sin la necesidad de un consultorio o un diván. Esto puede servir para acompañar a adolescentes que se encuentren hospitalizados. Sostenerlos en las salas, acompañarlos en los pasillos e incluso buscar formas en donde las palabras puedan fluir.

Escuchar a un adolescente en medio de su dolor, sin juzgar y sin presionarlo, es una forma de hacer clínica.

En estos contextos en donde todo pareciese ser un protocolo que no permite la subjetividad, el psicoanálisis nos evoca que cada sujeto tiene su manera única de atravesar el sufrimiento. Silva (2014) menciona que “el psicoanálisis tiene las herramientas clínicas y teóricas para intervenir con todos los pacientes con diferentes condiciones de vida y diferentes diagnósticos médicos” (párr. 6). Esto se debe a que se atiende el caso por

caso de manera singular y particular, no todas las personas atraviesan un diagnóstico de la misma manera. Algunos pueden desbordarse mientras otros intentan sostenerse.

Cuando se menciona la palabra psicoanálisis se piensa en aquel que se lleva a cabo en un consultorio privado en un diván. Este espacio ayuda a explorar el inconsciente de las personas y sus distintas manifestaciones sin interrupciones, pero ponerlo en práctica en un contexto hospitalario puede resultar desafiante porque se vive y se atraviesa la urgencia pura. Muchos hospitales no tienen las instalaciones adecuadas para llevar a cabo una sesión en privado.

Las instituciones hospitalarias presentan un escenario distinto al esperado para llevar a cabo una sesión psicoanalítica, pero aquello no es un impedimento para aplicar ciertas enseñanzas de autores como Freud, Lacan, Miller, etc. En un hospital el tiempo es algo que siempre debe ser aprovechado dado a las urgencias médicas que ingresan día a día o a las posibles complicaciones de ciertos pacientes. El ambiente que tiende a lucir algo frío por las máquinas, los protocolos y los médicos pueden angustiar a varios adolescentes al enfrentarse a lo desconocido. En este caso, las salas, los procedimientos y diagnósticos.

En este entorno el malestar psíquico puede ser reducido constantemente a un síntoma que debería ser eliminado antes de ser interrogado. El poder articular una clínica posible desde los principios del psicoanálisis puede ayudar a que el adolescente ponga en palabras lo que lo aqueja porque hay más de lo que puede hablar además de una enfermedad. Esto depende de las singularidades de los casos ya que no en todos podría ser aplicado dado a que el tiempo puede convertirse en un limitante. El paciente podría estar una semana como un día o incluso horas por lo que no alcanza a decirlo todo.

La clínica psicoanalítica en las salas de los hospitales tiene sus particularidades en cuanto a cómo se articulan las demandas tanto las del paciente como las de la institución. Es un lugar en donde la ética del

profesional se pone a prueba en virtud de salvaguardar las subjetividades de sus pacientes al mismo tiempo que cumple con la demanda institucional la cual exige que se atienda y se “solucione” el problema de manera casi inmediata. Existirán casos en donde no se alcancen las expectativas, si el paciente no desea el acompañamiento por más que los médicos tratantes lo exijan, no sería ético.

Dentro de las instalaciones hospitalarias se deben tomar en cuenta elementos fundamentales a la hora de intervenir como: quién pide la atención (¿el médico o el paciente?), para qué se la pide (¿para que se tranquilice el médico, el paciente o para hacer un reporte que conste en un sistema?), el lugar en donde se va a atender, entre otros. El analista debe poder adaptarse al entorno ya que en muchos casos no habrá un consultorio privado y mucho menos un diván, pero hay una camilla, un pasillo, una sala y el deseo de una persona de hablar, de ser escuchada.

Para poder comprender de mejor manera el padecimiento de los adolescentes, el psicólogo tiene que conocer el lenguaje médico y trabajar de la mano con un equipo multidisciplinario. De esta manera se puede tener una perspectiva más completa de los casos. Muchas veces son los médicos quienes hacen el llamado a los psicólogos. Esto en gran parte se debe a su propia angustia ante un paciente emocionalmente desbordado o en el caso de los pacientes, la falta de conocimiento del acompañamiento psicológico que distintos hospitales ofrecen.

La intervención psicoanalítica en un hospital permite brindar un espacio de escucha al sufrimiento de los adolescentes posibilitando que el adolescente surja nuevamente como sujeto y no como objeto, se trata de un trabajo de caso por caso en un lugar donde todo el malestar suele generalizarse. El trabajo del analista produce efectos terapéuticos en los pacientes con el fin de devolver la importancia de la palabra. Según Dimartino (2020) expone que:

La práctica en la institución hospitalaria implica un gran desafío, encontrarse con un discurso diferente, una forma de abordar las

problemáticas desde otra perspectiva, lo que lleva a obtener nuevos conocimientos y experiencias, propone un saber hacer que implica, sobre todo, ubicar al sujeto que dice y tratar de leer, en el dicho, el decir (p.122).

En otras palabras, la clínica en un contexto hospitalario supone desafíos dado a que existen distintas maneras de abordar una misma problemática desde diferentes miradas profesionales, se trata de poder entender los problemas de nuevas formas ya que siempre hay algo más allá de las palabras que se dicen. El analista debe ser flexible en cuanto a su escucha y al encuadre que debe acomodarse a las necesidades de cada paciente a pesar de que el entorno no sea muy cómodo. La ética profesional debe mantenerse a toda costa ya que no se debe caer en brindar una atención técnica sino de sostener la palabra en donde se pide a gritos ser escuchados.

### **Somatización vs enfermedad**

Aunque muchas veces pueden confundirse, la somatización y la enfermedad surgen por distintos factores. La somatización muchas veces parecería el síntoma de una enfermedad por sus manifestaciones hasta que se realizan los exámenes pertinentes y no se descubre algo. En la adolescencia la somatización se puede convertir en un factor común en aquella etapa cuando no se pone en palabras el malestar. Poder distinguir las diferencias entre estar enfermo y somatizar ayuda a poder tener una mejor visión sobre lo que sería el diagnóstico, además de una mejor lectura del sujeto para la intervención del caso.

La somatización se refiere a la manifestación de malestares psicológicos a través de síntomas físicos. Un sujeto puede experimentar dolores físicos como problemas gastrointestinales, fatiga, dolores de cabeza, dificultades para respirar, entre otros síntomas sin aparente causa médica orgánica. Que estos síntomas no sean netamente originados por alguna causa biológica, no significa que sean menos importantes.

El trastorno de síntomas somáticos (TSS) es un diagnóstico definido recientemente en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5). Es la manifestación de uno o más síntomas físicos acompañados de pensamientos, emociones y/o comportamientos excesivos relacionados con el síntoma, que causan angustia y/o disfunción significativa. (párr.2)

Por otro lado, la enfermedad a diferencia de la somatización posee una base orgánica medible y verificable a través de exámenes médicos y pruebas de laboratorio. Las patologías pueden surgir por distintos factores como lesiones, infecciones, genes, entre otros netamente biológicos. Asimismo, pueden presentarse de forma crónica o aguda e implica un diagnóstico y el respectivo tratamiento. Según la OMS (s.f.) la enfermedad es una "alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible" (párr.5).

Es por eso que, a pesar de las diferencias entre la enfermedad y la somatización, existe un punto en donde se encuentran y pueden confundirse. Esto es posible evidenciarlo en el trabajo con adolescentes en contextos hospitalarios. Muchos pacientes en un hospital pueden empezar a somatizar su angustia o viceversa. Es importante que ambas puedan ser atendidas con una mirada comprensiva y humanizante, ocuparse de los síntomas tanto visibles como invisibles. La somatización va más allá de síntomas sin causas orgánicas, es una forma en la que el sujeto manifiesta lo que no puede ser dicho.

Debido a que la adolescencia es una etapa complicada, existen prejuicios sobre estos síntomas que se manifiestan por el malestar psíquico y muchas veces se suele pensar que son fingidos, son para llamar la atención, lo hacen porque son malcriados y se le quita importancia ya que se los suele tachar de exagerados. Pero desde una mirada psicoanalítica, no se trata simplemente de algo dramatizado, sino de un malestar que se dice de otro modo, que habla a través del cuerpo. Varios adolescentes llegan a los hospitales por supuestas convulsiones, pero los resultados arrojan que

aparentemente todo está en orden con ellos y es ahí donde se evidencia lo mencionado.

### **Factores hospitalarios estresores en adolescentes**

La hospitalización en niños y adolescentes es una experiencia que va más allá del tratamiento médico, dado que involucra dimensiones emocionales, familiares, sociales e institucionales. Varios son los factores que influyen en cómo un menor afronta esta situación, como, por ejemplo, su edad y nivel de desarrollo hasta el entorno familiar y las condiciones del centro hospitalario. Comprender estos elementos es fundamental para poder brindar una atención integral que favorezca a su bienestar. A continuación, se presenta la tabla #6 a modo de resumen con los principales factores relacionados con la hospitalización, extraídos del artículo publicado por García & de la Barra (2005).

**Tabla 6.** Cuadro resumen de factores relacionados con la hospitalización en niños y adolescentes

| <b>Factores relacionados con la hospitalización (García &amp; de la Barra, 2005)</b> |  |  |
|--|--|--|
| <b>Categoría</b>   | <b>Factores</b>  | <b>Impacto sobre el menor y su entorno</b>   |
| <b>Personales</b>  | Edad, madurez emocional y capacidad de afrontamiento.<br>Experiencias previas de separación o hospitalización.<br>Nivel de resiliencia | Influyen en la adaptación y pueden predisponer a trastornos emocionales (ansiedad, apego disfuncional, conductas regresivas) |
| <b>Familiares</b>  | Permiso de visitas o permanencia de padres/madres.<br>Calidad de la relación dentro del núcleo familiar.<br>Impacto en hermanos        | Las dinámicas familiares pueden mejorar (aliados en cuidado) o generar estrés y disfunción, afectando la adaptación del niño |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Enfermedad</b>                       | <p>Se cuenta la existencia de amenaza de muerte.</p> <p>El tipo de enfermedad, si es aguda o crónica.</p> <p>La gravedad del pronóstico.</p> <p>El tiempo de evolución.</p> <p>El grado de discapacidad que la enfermedad produce, etc.</p>                               | <p>El temor a la muerte se hace aún más presente, de modo que el proceso de duelo se vive con mayor intensidad en el enfermo y su familia.</p>                   |
| <b>Equipo de salud y redes sociales</b> | <p>Empatía, comunicación y preparación emocional del personal.</p> <p>Sobrecarga del equipo y escasez de apoyo interno.</p> <p>Soporte de redes externas (amigos, colegios, grupos comunitarios)</p>  | <p>El cuidado emocional y apoyo social actúan como amortiguadores, pero un equipo sobrecargado favorece la tensión y decisiones precipitadas</p>                 |
| <b>Ambiente hospitalario</b>            | <p>Políticas de hospitalización (horarios de visita, permanencia de padres)</p> <p>Infraestructura física (espacios recreativos/educativos)</p> <p>Coordinación entre especialidades y continuidad interdisciplinaria (psiquiatría, pediatría, psicología, pedagogía)</p> | <p>Una institución preparada promueve una atención integral, reduciendo efectos adversos. Si es deficiente, acentúa el estrés y la fragmentación asistencial</p> |

Adaptado de Hospitalización de niños y adolescentes, por R. García y F. De La Barra, 2005, *Revista Médica Clínica las Condes*, 16(4), p. 236 – 241 (<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hospitalizacion-ninos-adolescentes-X071686400532053X>). Copyright 2025 por Clínica Las Condes.

En efecto, encontrarse hospitalizado resulta ser un evento eventualmente estresante para cualquiera, pero en el caso de los adolescentes este puede resultar mucho más impactante. El alejarse de su entorno cotidiano, la pérdida de autonomía, el encontrarse en un contexto lleno de dolores ajenos

y las nuevas rutinas institucionales a las que tienen que acoplarse, pueden afectar en su equilibrio emocional. Además, la manera en la que se les comunican los diagnósticos, el trato del personal médico y la posibilidad o no, de participar en decisiones sobre su cuerpo influyen significativamente en su proceso de salud y enfermedad.

Esta hospitalización representa una experiencia profundamente disruptiva para el paciente, y algunas de las situaciones que se dan en la institución hospitalaria que pueden favorecer o entorpecer una mejor adaptación del paciente hospitalizado. A continuación, se presenta la tabla #7 con información de Zas Ros (2016) acerca de las variables que ocurren en el paciente llevar una hospitalización.

**Tabla 7.** Factores que para los pacientes implica llevar una hospitalización.

**Lo que implica la hospitalización para el paciente (Zas Ros, 2016)**

- Una ruptura temporal con su entorno cotidiano, alejándolo de su hogar, trabajo y vínculos familiares, lo que puede generar una sensación de aislamiento.
- La pérdida del espacio privado y corporal, al tener que compartir habitaciones con desconocidos, usar ropa institucional, exponerse físicamente frente a profesionales de salud y ser tocado por enfermeros y médicos.
- Procedimientos médicos muchas veces dolorosos o desconocidos, ejecutados con aparatos tecnológicamente complejos que intensifican la percepción de extrañeza y vulnerabilidad.
- El paciente se ve forzado a modificar sus rutinas básicas, como horarios de sueño y hábitos alimenticios, adaptándose a comidas preestablecidas y normas institucionales que refuerzan la sensación de pérdida de control sobre su propia vida.

Adaptado de *Experiencias en psicología hospitalaria*, por B. Zas Ros, 2016, p.33, ALFEPSI (<https://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2011/11/Psicologia-Hospitalaria-Barbara-Zas.pdf>). Copyright 2016 por Bárbara Zas Ros.

En conclusión, como hemos visto, para el adolescente encontrarse hospitalizado forma una experiencia complicada y potencialmente estresante

que va más allá del ámbito médico, ya que involucra dimensiones tanto emocionales, sociales, familiares e institucionales. La separación de su entorno habitual, la pérdida de autonomía, los procedimientos invasivos, el cambio en las rutinas y el trato recibido por parte del personal de la salud, pueden generar un impacto emocional fuerte, afectando directamente el bienestar del joven. Es por estos motivos por lo cual, resulta fundamental que el equipo de salud, especialmente el psicólogo hospitalario, reconozca y comprenda los factores que influyen en esta experiencia, todo esto con el fin de poder favorecer una mejor adaptación y ofrecer una atención integral centrada en las necesidades psíquicas y subjetivas de cada paciente. Es de esta forma que será posible acompañar de manera efectiva el proceso de salud y enfermedad, minimizando el sufrimiento y promoviendo una vivencia hospitalaria mucho más humana y respetuosa.

### **Otros abordajes psicoterapéuticos posibles**

En el contexto hospitalario, la atención psicológica no se limita a una sola orientación, sino que puede llevarse a cabo desde distintos enfoques psicoterapéuticos. Otros abordajes como son la terapia cognitivo conductual, la terapia familiar sistémica o las intervenciones breves focalizadas ofrecen buenas herramientas para poder acompañar al adolescente hospitalizado. Cada enfoque ofrece la posibilidad de adaptarse a las características y necesidades de cada paciente, asimismo al equipo interdisciplinario y del tiempo disponible, todo esto con el objetivo de poder aliviar el sufrimiento y promover recursos psíquicos para afrontar la situación médica.

Así pues, tal y como se mencionaba existen diversos enfoques psicoterapéuticos donde, dependiendo de las características del paciente y su cuadro clínico, permiten ofrecer un acompañamiento psicológico ajustado a sus necesidades. A continuación, se presenta la tabla #8 en resumen con los principales tipos de psicoterapias utilizados en estos casos, basada en el artículo publicado en la Revista Colombiana de Psiquiatría por Gonzales Caro et al. (2006).

**Tabla 8. Tipos de abordajes psicoterapéuticos en el paciente hospitalizado**

| <b>Tipos de psicoterapia empleados en el paciente médicamente enfermo (González Caro et al.,2006)</b> |  |   |
|---|--|---|
| <b>Tipo de Psicoterapia</b>   | <b>Objetivo/Enfoque principal</b>  | <b>Aspectos clave</b>   |
| <b>Cognitivo conductual</b>   | Modificar esquemas disfuncionales surgidos de la enfermedad.                   | Basada en Beck, identifica pensamientos y comportamientos relacionados con la condición médica.         |
| <b>Psicodinámica individual</b>   | Explorar historia de vida, conflictos inconscientes, defensas y transferencia. | Mejora adherencia al tratamiento y manejo emocional; aborda resistencias y patrones interpersonales.    |
| <b>Psicodinámica breve</b>  | Focalizada y acotada en variables psicológicas relevantes para la enfermedad.  | Sesiones breves: persuasivas, interpretativas y sugestivas, orientada a cambios rápidos.                |
| <b>Soporte expresiva</b>  | Brindar apoyo emocional y fortalecer defensas egoicas.                         | Facilita expresión de emociones, refuerza relaciones objétales y el funcionamiento social del paciente. |
| <b>Interpersonal</b>  | Mejorar habilidades relacionales y adaptativas frente a la enfermedad.         | Fomenta apoyo social, comunicación, esperanza, se enfoca en el contexto relacional.                     |

|                   |   |  |
|-------------------|---|--|
| <b>Conductual</b> | Reducir la ansiedad mediante técnicas específicas.            | Utiliza desensibilización sistemática, control de contingencias y relajación progresiva.         |
| <b>Familiar</b>   | Mejorar las dinámicas familiares afectadas por la enfermedad. | Interviene en el sistema familiar, fortalece el apoyo al paciente y aborda comunicación y roles. |

Adaptado de Intervenciones psicoterapéuticas en los pacientes con enfermedad médico-quirúrgica, por C. H. González Caro. H. Valencia Upegui y S. Bersh Toros, 2006, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, p. 79-83 (<https://www.redalyc.org/pdf/806/80615417006.pdf>). Copyright 2025 por Asociación Colombiana de Psiquiatría.

El psicólogo clínico debe contar, con una visión clínica, social e institucional aplicadas tanto al paciente, como a la familia y a los equipos institucionales (Zas, 2016). Todo esto con el objetivo de poder crear métodos y formas para poder llevar a cabo la prevención, el diagnóstico e intervención psicológica.

El análisis de los cambios y riesgos que implica la hospitalización resultaran clave para el trabajo del psicólogo clínico que ejerce en este contexto hospitalario. El cual debería abarcar dos aspectos anteriormente planteados en el apartado anterior, por un lado, la observación de las dinámicas institucionales que pueden facilitar o dificultar la adaptación del paciente hospitalizado y, por otro lado, un mejor conocimiento de las reacciones psicológicas más comunes, así como de las necesidades emocionales de los adolescentes con el fin de poder brindar una atención oportuna orientada al cuidado y la prevención.

En conclusión, los diferentes tipos de abordajes psicoterapéuticos disponibles para llevar a cabo en el hospital permiten al psicólogo clínico adaptarse de manera flexible a las necesidades particulares de cada adolescente hospitalizado, considerando no únicamente su estado de salud,

sino también sus necesidades emocionales, familiares y sociales. En relación con esto, enfoques como la terapia cognitivo conductual, la terapia familiar o las intervenciones breves focalizadas brindan herramientas válidas para poder acompañarlos en su malestar o sufrimiento y de esta manera ayudar a fortalecer los recursos psíquicos del paciente.

La elección de un enfoque no debe ser inflexible, sino que debe atender a las condiciones clínicas, institucionales y al tiempo disponible. El rol del psicólogo se beneficia al integrar una mirada clínica, social e institucional, lo que le permite intervenir no solo con el púber, sino también con su familia y con el equipo médico, promoviendo de esta manera una atención más integral, preventiva y sensible a las dinámicas hospitalarias. Esta capacidad de análisis y adaptación es clave para facilitar una mejor experiencia de hospitalización y favorecer procesos de recuperación más sostenibles y humanizados para los adolescentes.

## **CAPÍTULO 3**

### **Prejuicios sociales e institucionales sobre la adolescencia problematizada**

En este capítulo se hablará de cómo los prejuicios en torno a la adolescencia, tanto sociales como institucionales afectan la manera en la que ellos son mirados y tratados, lo cual a su vez afecta en la percepción que puedan tener de sí mismos. Más allá de comprender las particularidades que conlleva esta etapa, se busca al mismo tiempo concientizar que muchas veces la manera en la que se les responde, es decir, mediante juicios, estigmas y desconfianza, dejan de lado la posibilidad de poder escuchar lo que realmente el adolescente está atravesando.

Desde lo social, veremos cómo la caída de ciertos ideales desorientan el mundo del adolescente, generando un golpe a su narcisismo que durante la adolescencia este se reafirma. También se verá lo que sucede con los adultos, específicamente los padres, cuando deben enfrentar la realidad de un ideal caído en torno a un hijo sano cuando se enfrentan a un diagnóstico médico, y cómo la mirada del otro puede llegar a etiquetar, marcar o incluso limitar las experiencias del adolescente.

En base a lo institucional, se abordará cómo en la rebeldía muchas veces se trata de corregir o silenciar sin saber el motivo de su manifestación. El cómo en un contexto hospitalario se simplifica lo que le pasa al adolescente, priorizando causas orgánicas sobre lo emocional. Además, muchas veces la falta de formación o de sensibilidad sobre lo que conlleva esta etapa hace que se ignoren aspectos importantes de las subjetividades de los adolescentes. Por estas razones, este capítulo tratará de revisar esas ideas que giran en torno a prejuicios al cuestionar los discursos existentes, y sobre todo abrir un espacio para obtener una mirada más comprensiva y menos juzgadora sobre quienes transitan la adolescencia.

## **En el Orden lo Social**

### **Ideal caído: golpe al narcisismo del adolescente**

Durante la adolescencia, los individuos atraviesan la reestructuración de sus fantasmas, se enfrentan con sus deseos y buscan la inscripción social. El narcisismo tiene protagonismo al ser una estructura defensiva que sostiene la identidad que se está construyendo y organiza la constitución del yo. Según Córdova (2020) “La adolescencia es un tiempo decisivo de reorganización del narcisismo y realineamiento de las formaciones ideales del yo.” (p.4).

En esta etapa del desarrollo el yo ideal infantil que es aquella imagen de grandiosidad que el niño tiene de sí mismo, empieza a perder fuerza y se va formando el ideal del yo que es justamente lo que lleva el individuo a plantearse sobre sus metas y quién quiere llegar a ser orientando su deseo. El adolescente reestructura su narcisismo al mismo tiempo que plantea sus ideales. Asimismo, el mismo autor plantea que, “El yo ideal tiene una marcada presencia durante la primacía de lo originario puberal, con el supuesto de la complementariedad sexual e ilusión de restablecimiento de la unidad narcisista originaria” (p.4).

En otras palabras, al comienzo de la pubertad el yo ideal continúa estando presente lo cual lleva a la idea de que el encuentro amoroso o sexual con un otro puede restaurar la sensación de completud narcisista originaria. Con la resolución del Edipo el ideal del yo se termina de construir lo cual sirve para canalizar la energía pulsional hacia metas socialmente productivas y aceptadas. La caída del yo ideal infantil y la aparición del ideal del yo son fundamentales para que la identidad del adolescente se desarrolle y pueda insertarse posteriormente en la vida adulta.

Freud (1914) en su texto, Introducción del narcisismo, menciona que “Llamamos narcisismo a la actitud que adopta una persona cuando toma a su propio yo como objeto de amor” (p.85). Esto no quiere decir que se trata de algo necesariamente patológico sino de una etapa necesaria. Hablar sobre el narcisismo primario y secundario.

En la adolescencia el narcisismo se reactualiza, el adolescente debe enfrentarse con una nueva imagen corporal, con su deseo y la mirada del Otro. Según Lacan (1954) el yo se forma en una serie de identificaciones con objetos imaginarios, particularmente la imagen especular, en la que el sujeto se anticipa a una forma total que todavía no domina (p.178). En la adolescencia con el advenimiento de los cambios la imagen unificada que tenía previamente el adolescente se fragmenta poniendo en juego su narcisismo.

El narcisismo adolescente funciona como una manera de sostenerse ante una caída de los referentes identificatorios. Lacan (1954) afirma que el ideal del yo es el soporte libidinal del narcisismo (p.189). En otras palabras, cuando aquel ideal tambalea, cuando el adolescente pierde un significante como “el mejor estudiante”, “el deportista”, etc., la angustia invade y por eso aparecen muchos síntomas que intentan reconstruir un narcisismo herido.

Es en la adolescencia donde el sujeto empieza a construir sus ideales en torno a su autonomía, el amor, la salud, la amistad, el futuro, etc., pero la caída de alguno de ellos lleva a un golpe en el narcisismo adolescente. El individuo se encuentra vulnerable y expuesto a una desorganización psíquica. El poder imaginarse con omnipotencia suele ser una defensa frente al desconocimiento del futuro y a la incertidumbre. Cuando aquella defensa falla por el real de tener una enfermedad grave o crónica, el adolescente se enfrenta ante su fragilidad, ante aquello que no quería tener que confrontar.

Cuando aparece un diagnóstico médico, se empieza a asociar el cuerpo al dolor, a la limitación, fragilidad o debilidad lo cual produce una ruptura narcisista debido a que el adolescente no se reconoce en el cuerpo que posee marcado por significantes negativos. Del mismo modo sus proyectos a futuro, dependiendo de la gravedad de su enfermedad, empiezan a tornarse inalcanzables. A raíz de una hospitalización el adolescente ya no pertenece parcialmente a su círculo social lo cual produce una herida a su narcisismo ya que repercute tanto en su autonomía como en su autoestima. Empiezan a interrogarse sobre cómo serán vistos por los otros, ¿cómo alguien incapaz o como alguien competente?

El ideal del yo en la adolescencia puede quedar suspendido por una valoración médica ya que se ve alterado por las limitaciones de tener una enfermedad o de haber pasado por una intervención quirúrgica. Depender nuevamente de adultos puede llevar a una regresión, lo que muchos adolescentes pueden sentir como algo frustrante o humillante especialmente cuando buscan su autonomía.

Muchas veces los adolescentes no encuentran los recursos necesarios para poder procesar una situación así lo cual desencadena una serie de síntomas como retraimiento, depresión, acting outs, etc., pero al haber dos caras de la moneda, no todo es negativo. Aquello les puede servir como una experiencia que da paso a la maduración del yo y a una reconfiguración bastante realista.

El estar hospitalizados y tener un diagnóstico, en muchos casos para varios jóvenes, significa que hay un ideal caído. Un ideal que giraba en torno a sus planes del futuro e incluso su autopercepción. El encontrarse hospitalizados implica perder parcialmente el control de sus vidas. Deben alejarse de sus pares y familiares, dejan su rutina, pierden su autonomía y tienen que obedecer protocolos hospitalarios lo cual puede sentirse como una gran molestia.

Los adolescentes se enfrentan a significantes que giran en torno a la enfermedad o al diagnóstico los cuales nunca quisieron ni eligieron, pero que ahora están presentes y son remarcados constantemente. Esto genera una herida narcisista que intensifica la angustia a la vez que acentúa mecanismos de defensa. Sin embargo, el narcisismo herido puede encontrar nuevas formas de sostenerse a través de la contención que se le dé a los adolescentes, especialmente a los que se encuentran hospitalizados.

Un entorno continente, un espacio abierto a la escucha sin ser invasivos va a favorecer que el adolescente elabore nuevas vías para hacer lo que pueda con lo que tenga y reconfigurar la visión de su situación sin que ésta afecte su identidad. Se trata de que el adolescente pueda pensarse a sí mismo desde otro lugar que no sea desde un diagnóstico o enfermedad. La situación puede afectar en gran medida o puede ser llevadera dependiendo de cómo el adolescente la vaya procesando, por eso es importante que reciba el acompañamiento adecuado. El hospital puede ser un lugar de encierro y al mismo tiempo un lugar de apertura para la palabra. El golpe al narcisismo debe ser trabajado y acompañado más no negado o estigmatizado porque se trata de que el adolescente reelabore su caída y empiece a construirse nuevamente.

### **La negación de los padres: ideales vs realidad.**

Si las paredes de un hospital pudieran hablar, contarían sobre cómo el dolor y la angustia inunda las salas. Ante un diagnóstico existen muchas preguntas, pero las más desesperantes son las que no tienen respuesta. No necesariamente tiene que ser algo grave para que se manifieste la angustia en los padres. El simple hecho de tener que ir a un hospital puede ser bastante angustiante. Además de la valoración como tal, existen otras preocupaciones como la situación económica, el no contar con el apoyo necesario, las malas noches o el estrés.

Recibir un diagnóstico médico repentino de un hijo, ya sea una enfermedad leve o crónica, marca un antes y un después para los padres. Antes existían ideales, después preocupaciones, negación e incluso en muchos casos una mirada catastrófica. Los ideales que los padres habían construido en torno a su hijo se ven aplastados ante la nueva realidad médica que se impone lo cual en muchas ocasiones da paso a la negación como mecanismo de defensa ante lo insoportable de la situación, pero también se lo podría considerar como un obstáculo para el tratamiento.

Incluso desde antes del embarazo los padres empiezan a tener expectativas en cuanto a su futuro hijo. Empiezan a otorgarle significantes que lo inscriben al mundo, empezando por sus nombres. En aquellos ideales en torno a la vida de sus hijos no entra la posibilidad de algún diagnóstico grave. El imaginario está estrechamente enlazado con el ideal de una buena salud por eso cuando una enfermedad irrumpe, el ideal se quebranta. Al igual que los adolescentes, los padres también se enfrenta ante lo desconocido de un diagnóstico y al protocolo médico.

Muchos padres sienten angustia ya que quizás es la primera vez que viven una situación de ese tipo en donde les toca dormir incómodamente en un sillón en un hospital. Se enfrentan a lo incierto, en algunos casos deben tomar decisiones difíciles y reprimir sus emociones porque pareciese un pecado mostrarse vulnerables especialmente frente a sus hijos y al personal médico. Comúnmente existe una confusión entre ser débiles y permitir validar sus emociones.

Negar un diagnóstico o quitarle importancia es una reacción usual en muchos padres ya que se aferran a la idea de que todo saldrá bien, pero en algunos casos no es así. Esto no se da solamente porque tratan de mantener esperanzas, sino también como forma de rechazo a tener que aceptar el problema y buscan minimizar la situación pensando que pudo haber un error. La negación aparece de forma conductual tanto como verbal. Se manifiesta la resistencia en acciones como no querer firmar la autorización para realizar un procedimiento o mostrarse extremadamente tranquilos cuando el diagnóstico amerita seriedad.

La negación se puede comprender desde el psicoanálisis como una manifestación del conflicto que existe entre el deseo y la realidad. Lo que se rechaza porque resulta intolerable, no se trata de ignorar como tal sino de saber, pero no aceptar. En su texto *La negación* Freud (1925) afirma “El contenido de una imagen o un pensamiento reprimidos pueden, pues abrirse paso hasta la conciencia, bajo la condición de ser negados. La negación es una forma de percatación de lo reprimido” (p.2)

En el caso de padres que reciben un diagnóstico de sus hijos a pesar de saber lo que tienen, siguen pensando que quizás no sea tan grave como dicen los doctores o que pudo haber un error y se va a recuperar. Esto también puede afectar sus fantasías inconscientes ligadas al narcisismo ya que el hijo suele verse como un objeto de realización simbólica de los deseos parentales. Esto lo señala Freud (1914) “El niño se convierte en el ideal de los padres, en quien deben cumplirse los sueños de la infancia nunca realizados por ellos” (p.88).\_Esto quiere decir que cuando un diagnóstico médico amenaza ese ideal se pone en juego una parte del yo narcisista de los padres en donde la negación es el mecanismo que intenta que esa imagen idealizada no caiga.

Una imagen idealizada caída también se convierte en un duelo que debe ser tramitado ya que se trata de una pérdida simbólica del hijo soñado por lo que también requiere ser procesada. Esto es posible a través de la palabra. Hacer que el padre hable sobre la situación de su hijo hace que vaya interiorizando las razones por las cuales se encuentra así, además de lograr que elabore una línea del tiempo de cómo ocurrieron los hechos hasta ese momento. Frankl (2022) en su conferencia en Dornbirn hablaba sobre lo efímero de la existencia y mencionaba que “la realización de un sentido también es posible cuando nos enfrentamos a una situación de sufrimiento” (p.42). Con esto trataba de explicar que incluso en medio del dolor, como aceptar el diagnóstico médico de un hijo, es posible encontrar un sentido que permita atravesar aquel sufrimiento sin negarlo. El duelo no desaparece, pero se transforma en algo llevadero con el paso del tiempo incluso si se trata de un duelo simbólico.

El rechazo al diagnóstico tiene consecuencias que van a repercutir en el tratamiento, en lugar de hacerlo llevadero lo llenará de obstáculos. Los padres pueden cuestionar constantemente a los médicos haciendo que se les haga complicado mantener una buena comunicación con ellos y proseguir con las intervenciones necesarias. Esto angustia a los adolescentes porque se encuentran divididos entre dos discursos: el de sus padres y el discurso médico. Sentir la angustia y negación de sus figuras de autoridad genera ansiedad y desconfianza en el adolescente.

Aceptar una noticia inesperada y no necesariamente positiva puede ser muy complicado, sin embargo, es necesario para poder reconocer la situación y buscar maneras para ayudar y comprender a un ser querido. Aceptar un diagnóstico no significa perder las esperanzas, significa prepararse para lo que vendrá, implica acompañar física y emocionalmente, llorar cuando sea necesario y hacer todas las preguntas que se requieran. Hay que recordar que una enfermedad no borra al sujeto, a pesar del diagnóstico su hijo seguirá siendo él con cada particularidad que lo hace único.

Quedarse estancados en la negación impide actuar y cuidar de la manera adecuada, pero aceptar el diagnóstico permite que se busque otro sentido y formas para llevar la situación al mismo tiempo que se brinda el acompañamiento necesario tanto físico como psicológico. Se trata de ver la realidad desde otra ventana.

### **Mirada del otro**

La mirada del Otro ocupa un lugar fundamental en la constitución del sujeto, según Lacan (1964) "La mirada es la falta que constituye la angustia de castración, y la mirada funciona para determinar la subjetividad del ser humano dentro del "campo escópico", el campo asociado con la pulsión escópica". (p.73) Para Lacan, la mirada no es simplemente ver sino el lugar desde el cual el sujeto es visto, aquello que escapa de su control. Es justamente la mirada del Otro que confronta al sujeto con su falta generando angustia.

Explica también que esta relación se inscribe dentro del campo escópico, en lo simbólico donde se articulan la imagen, la visión y el deseo. Mientras que ver está relacionado a lo óptico, la mirada pertenece al orden del deseo. El sujeto se encuentra atrapado dentro de este campo por cómo imagina la mirada del Otro sobre él. Esto Lacan lo asocia con la pulsión escópica ya que existe un impulso por mirar y de ser mirado, sin embargo, esto crea una tensión entre ver y ser visto, mientras el primero genera placer, el segundo genera angustia.

Además de constituir, la mirada genera angustia. Es a partir de la mirada del Otro que el sujeto se ubica dentro de la sociedad, en su deseo e identidad. Cuando el sujeto pierde la posibilidad de mantener su imagen ante la mirada del Otro, aparece la angustia ya que uno es sujeto en tanto es visto y pueda verse. Durante la adolescencia la mirada del Otro se intensifica, especialmente cuando el adolescente recibe un diagnóstico médico.

Durante esta etapa del desarrollo, el sujeto pasa por diversos cambios tanto corporales como psicológicos, el adolescente busca su propia identidad y a la vez ser reconocido y validado por los otros. Por eso la mirada puede idealizar como puede excluir ya que lo que no encaja en los estándares o estereotipos suele ser rechazado o mal visto. Si la mirada llega a ser intrusiva, puede generar angustia en los adolescentes como sucede muchas veces con los que atraviesan diagnósticos médicos o están hospitalizados. La mirada deja de ser solamente de sus familiares y de sus pares, sino que se agrega la mirada del sistema médico el cual lo nombra con un diagnóstico y una historia clínica.

Su cuerpo pasa a ser un objeto médico en donde existe la amenaza de perder su autonomía, el control de ciertos aspectos de su vida, parte de su subjetividad cargar con el peso de una mirada que no lo ve como sujeto, sino que lo reduce a una enfermedad. La mirada de los Otros, especialmente la del personal de la salud debe mirar al adolescente como sujeto de deseo y no como objeto. Se debe otorgar un espacio para la palabra, dar la posibilidad de que pueda expresarse más allá del diagnóstico. La mirada en un dispositivo hospitalario puede intensificar el sufrimiento del adolescente como puede también brindarle apoyo y devolverle su subjetividad a través de la escucha.

## **En el orden de lo Institucional**

### **Estigmas en cuanto a la rebeldía del adolescente**

La adolescencia es una etapa transformadora, la cual estará marcada por cambios físicos, emocionales y sociales donde se da la búsqueda de identidad y autonomía. Sin embargo, en varios contextos sociales e institucionales, estas manifestaciones que aparecen de forma natural en su desarrollo suelen ser interpretadas como signos de desobediencia o rebeldía. Desde este punto de vista, el adolescente es prontamente estigmatizado como problemático, desafiante o incluso peligroso, lo cual refuerza discursos que patologizan su comportamiento.

Este apartado explica sobre los estigmas que recaen sobre la rebeldía adolescente, entendiendo a esta no solo como un síntoma reprimido, sino como una forma de expresión subjetiva frente a una sociedad que enumeradas veces, no escucha ni comprende. Cuestionar estos estigmas implica hacer una revisión no solo los discursos sociales que los sostienen, sino también las instituciones que los reproducen. En este sentido, se busca generar un espacio que permita comprender al adolescente de una manera más profunda y comprensiva y sin prejuicios, entendiendo y reconociendo su malestar como una fuente de cambio positivo.

A lo largo de los años, la adolescencia se ha destacado por su actitud desafiante y por su manera distinta de ver el mundo. No es que todos los jóvenes sean rebeldes, pero su tendencia a cuestionar las reglas y valores de los adultos y de la sociedad, ha hecho que se les ponga esa etiqueta. Es justamente esa capacidad de pensar de forma diferente lo que les ha dado un rol importante, convirtiéndolos en figuras clave para el cambio. Por eso, no es de extrañar que cuando pensamos en adolescencia la palabra rebeldía nos venga de forma automática a la mente. Fernández (2019) “Por lo general, se quejan por todo, nunca están de acuerdo, pareciera que llevan la contraria y suelen exagerar cualquier padecimiento. Además, manifiestan que son incomprensidos, que nadie los entiende y que saben a dónde pertenecer” (p.1).

Estas actitudes no deberíamos considerarlas como un capricho, sino verlas como una forma de buscar su lugar en el mundo. El hecho de que se quejen o lleven la contraria puede ser una señal de que están buscando una identidad propia. Su sentimiento de ser incomprensidos no es una exageración, sino el reflejo de la distancia que a menudo sienten con respecto a la generación de sus padres o con la sociedad en general. Debemos recordar que este es un periodo de transición donde ellos intentan definir quiénes son y a dónde pertenecen, y es un proceso natural y necesario para su madurez. En la siguiente tabla #9 se resumen las tres principales categorías de estigma según Goffman (2003).

**Tabla 9.** *Tipos principales de estigmas en el sujeto*

| <b>Categorías De Estigma (Goffman, 2003)</b>  |
|---|
| <p><b>Abominaciones del Cuerpo:</b> Refiere a diferencias físicas visibles como deformidades, cicatrices o amputaciones, que desvían del ideal corporal socialmente aceptado.</p> <p><b>Defectos de Carácter:</b> Relacionado con fallas morales, como adicciones, deshonestidad, antecedentes penales, desempleo o, en su época, la homosexualidad.</p> <p><b>Estigma tribal:</b> Refiere características colectivas como raza, religión u origen nacional que, al diferir del grupo dominante, pueden ser motivo de exclusión o discriminación.</p> |

Adaptado de *Estigma. La identidad deteriorada*, por E. Goffman, 2003, p.16, Amorrortu (<https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>). Copyright 1963 por Prentice-Hall, Inc.

Tal y como se muestra en el esquema, Goffman identificó tres formas principales de estigmas, aunque su clasificación no fue pensada específicamente para la adolescencia esta de aquí resulta útil para poder comprender mejor cómo se construyen los estigmas en torno a la rebeldía del adolescente, Por ejemplo, la rebeldía en el adolescente suele asociarse a defectos de carácter, en donde puede interpretarse como desobediencia, agresividad o falta de respeto hacia la autoridad. De esta manera, el adolescente rebelde es etiquetado como inmaduro, problemático, o incluso peligroso, sin tener en cuenta algún contexto emocional o social de su conducta.

En ciertos casos, algunas formas de expresión corporal de ellos, como pueden ser, el estilo de vestir, los tatuajes o cambios de look, pueden ser vistas como abominaciones del cuerpo, como señales visibles de una supuesta *desviación* que refuerzan su estigmatización.

Por último, cuando la rebeldía se asocia a una identidad colectiva, por ejemplo, chicos de sectores populares o de minorías étnicas, podríamos ver que se empieza a mostrar un estigma tribal, donde no solo se rechaza al sujeto, sino también al grupo al que pertenece, reforzando de esta forma prejuicios y exclusión. Es así que esta mirada estigmatizante hacia la rebeldía en el adolescente no solo desconoce su valor como proceso de construcción subjetiva, sino que produce discursos que etiquetan, marginan y silencian a quienes no se ajustan a las normas sociales y de los adultos.

### **Ignorancia en torno a la etapa adolescente**

La adolescencia hoy en día sigue siendo una de las fases más incomprendidas por los adultos y asimismo por las instituciones, esta ignorancia se evidencia en los prejuicios, estigmas y las respuestas que suelen reducir lo que lleva ser adolescente como son las conductas problemáticas o rebeldes, por lo cual, en este apartado se hablará de cómo la incompreensión sobre esta etapa aparece en la forma en la que se trata y se percibe a los jóvenes, generando varias veces malentendidos, distancias y del mismo modo respuestas que mucho más allá de acompañarlos los silencian y los alejan.

Un estudio de Ortiz (1999) revela que los adolescentes no solo reconocen mejor sus estados emocionales, también entienden emociones complejas en otros, reflexionan sobre sus reacciones y utilizan tácticas cognitivas para gestionarlas. No obstante, estos desarrollos emocionales son a menudo ignorados o subestimados, lo que da paso a discursos que reducen la adolescencia a impulsividad, falta de estabilidad y conflictos. Esta desconexión entre el desarrollo interno del adolescente y la mirada que la sociedad proyecta sobre él, evidencia una ignorancia que no solo distorsiona su experiencia, sino que, de forma activa, limita su evolución y la posibilidad de participar en diferentes ámbitos. En la siguiente tabla #10 se resumen los principales estudios sobre los procesos emocionales en la adolescencia según Ortiz (1999).

#### **Tabla 10. *Procesos emocionales en la adolescencia***

### **Estudios sobre los procesos emocionales en la adolescencia (Ortiz, 1999)**

- Se tiene una mayor conciencia de los estados afectivos que en edades anteriores y hacen más referencia a estados mentales a la hora de explicar sus emociones.
- Se ha adquirido un mayor conocimiento acerca del efecto que tienen sus estados afectivos negativos y positivos, en el modo de percibir a la gente y en la realización de actividades y tareas.
- Existe la conciencia de que una persona puede motivar simultáneamente emociones contrarias y esto no anula los sentimientos de afecto o cariño.
- Se ha desarrollado una mayor comprensión de las emociones de los demás, siendo el adolescente mucho más sensible a qué características personales de los otros pueden influir en la modulación de su respuesta emocional.
- El mayor avance de su pensamiento hipotético permite al adolescente considerar la influencia de múltiples factores personales en las reacciones de los demás. A su vez, posee más capacidad para indagar y recabar información sobre las personas a la hora de inferir y explicar emociones complejas.
- La autorreflexión y las competencias cognitivas de los adolescentes se asocian con una mayor referencia a estrategias cognitivas en la modulación de los estados emocionales y una mayor confianza en la regulación de sus estados afectivos.

Adaptado de *El desarrollo emocional* por M. J. Ortiz, 1999, p.95-124, Pirámide. Copyright 1999 por M. J. Ortiz

En resumen, estos hallazgos destacan la complejidad y la madurez emocional que los adolescentes pueden alcanzar, desafiando las visiones simplistas que los ven solo como inestables o impulsivos. Pasar por alto estos avances en la comprensión emocional, la autorreflexión y la empatía no solo oculta las verdaderas capacidades de los jóvenes, sino que también perpetúa narrativas que limitan su participación y desarrollo. Reconocer estas habilidades no es solo un acto de justicia hacia la adolescencia, sino que es esencial para crear entornos más respetuosos, informados y alineados con su realidad.

Como hemos estado viendo, la adolescencia es una etapa la cual se encuentra llena de varios cambios emocionales y cognitivos, esta de aquí a menudo se la ve de forma simple, asociándola como hemos visto con la rebeldía, la inestabilidad o la impulsividad. Esta perspectiva oculta el complicado proceso de maduración que viven los adolescentes, así como también las habilidades que desarrollan para entenderse a sí mismos y relacionarse con los demás. De esta forma Rosenblum y Lewis (2004) sugieren un conjunto de capacidades emocionales que, lejos de la visión errónea que se tiene sobre esta etapa, ponen de manifiesto el profundo trabajo interno por el que pasan los púberes. A continuación, en la siguiente tabla #11 se presentan algunas de estas habilidades que evidencian el crecimiento emocional y la capacidad reflexiva que caracterizan esta fase del desarrollo.

**Tabla 11.***Habilidades del adolescente*

| <b>Desarrollo de habilidades en el adolescente Rosenblum y Lewis (2004)</b>  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regular las emociones intensas.</li> <li>• Modular las emociones que fluctúan rápidamente.</li> <li>• Autocontrolarse de manera independiente.</li> <li>• Lograr el conocimiento de sus propias emociones y poder atenderlas de manera efectiva, sin que les sobrepasen.</li> <li>• Comprender las consecuencias sobre sí mismos y los demás de la expresión emocional. - Transformar el significado de un acontecimiento negativo para que sea menos dañino.</li> <li>• Separar experiencias emocionales momentáneas de la identidad y reconocer que el “yo” puede permanecer intacto a pesar de las variaciones emocionales.</li> <li>• Distinguir entre las emociones y los hechos, para evitar razonar en base a las emociones.</li> <li>• Negociar y mantener relaciones interpersonales en presencia de fuertes emociones.</li> <li>• Sobrellevar la excitación emocional de las experiencias que despiertan empatía y simpatía.</li> </ul> |

- Utilizar las habilidades cognitivas para obtener información sobre la naturaleza y fuente de las emociones.

Adaptado de Emotional Development in Adolescence, por G.D. Rosenblum y M. Lewis, 2004, *Blackwell Handbook Of Adolescence*, p.269-289 (<https://doi.org/10.1002/9780470756607.ch13>). Copyright 1999-2025 John Wiley & Sons, Inc or related companies.

A lo largo de este apartado, hemos evidenciado cómo el desconocimiento de la etapa adolescente puede no sólo simplificar su complejidad, sino que también puede hacer que se invisibilicen los importantes procesos emocionales y cognitivos que son movilizados en los ellos. No sólo configurando una nueva etapa conflictiva o inestable, sino que la adolescencia es una forma de realizar un trabajo interno que pone de manifiesto el desarrollo de habilidades como la autorregulación, la empatía, la autorreflexión, el pensamiento crítico, etc. Tanto las aportaciones de Ortiz (1999) como las de Rosenblum y Lewis (2004) van en la dirección contraria, mostrándonos adolescentes capaces de entender, gestionar y expresar sus emociones de manera sofisticada.

Sin embargo, si son esos procesos los que no son tenidos en cuenta por el contexto social, familiar o institucional se establecen brechas de comprensión que aparecen en malentendidos, exclusiones y respuestas que en lugar de ser un apoyo tienden a silenciar. De ahí que la visibilidad y poder reconocer de estos procesos es urgente y necesaria, ya que se busca llegar a validar la experiencia de lo que nomas implica ser adolescente y del mismo modo concientizar estos contextos para que se les puedan dar espacios de protagonismo, de desarrollo, y los más importante que es el ser entendido.

### **Privilegiar lo orgánico sobre lo emocional**

A lo largo de esta investigación, hemos observado cómo la contingencia médica, los prejuicios sociales y las barreras institucionales afectan la autopercepción de adolescentes en contextos hospitalarios. Un factor crítico que sale de lo todo lo anteriormente planteado y de la experiencia en prácticas, es la influyente de tendencia en el sistema de salud a privilegiar lo orgánico sobre lo emocional.

El modelo médico tradicional, el cual está centrado en la curación de la enfermedad física, a menudo también pasa por un segundo plano los cuales abarcan las experiencias emocionales y psicológicas del paciente adolescente. Creando de esta manera un vacío en la atención, donde las secuelas emocionales de una enfermedad como son el miedo, la ansiedad, la pérdida de autonomía, se consideran secundarias o incluso irrelevantes frente a los indicadores clínicos.

Por lo cual, en este apartado, profundizaremos en cómo esta regularidad en la atención clínica afecta directamente en la autopercepción de los adolescentes hospitalizados, dándoles una sensación de invisibilidad y fragmentación, y cómo las instituciones de salud pueden sin intención mantener un entorno que descuida la salud mental en favor de la salud física.

La hospitalización para muchos de ellos, puede ser una experiencia amenazante y estresante dado a la falta de familiaridad con el entorno hospitalario, además de los diferentes procedimientos médicos, la falta de información sobre los diagnósticos o el motivo de hospitalización pueden llegar a generar sentimientos de ira, inseguridad, ansiedad e impotencia en los adolescentes. Bertozzo et al. (2012) aseguran que “los altos niveles de ansiedad pueden afectar negativamente la salud fisiológica y psicológica de los adolescentes, dificultar su capacidad para afrontar las terapias, aumentar las emociones negativas y reducir la cooperación con los profesionales de salud” (p.19).

Sin embargo, hay un aspecto que a menudo se pasa por alto que es la falta de sensibilidad del personal hospitalario y su desconocimiento sobre lo que realmente significa la etapa adolescente. No se trata solo de una cuestión de edad, sino que este es un momento crucial lleno de transformaciones emocionales y cognitivas que suelen ser ignoradas.

En este contexto, la tendencia a priorizar lo orgánico, como el diagnóstico médico, por encima de lo emocional y psicológico, contribuye a que estas complejidades queden invisibilizadas. A partir de la experiencia en prácticas, esto se hace evidente, especialmente en los procesos de derivación o interconsulta. A menudo, estos en lugar de llegar con motivo llegan con quejas como, *es que el chico o la chica no quiere tomar la medicación o no coopera con el tratamiento*, sin tener en cuenta que estas conductas pueden estar totalmente ligadas a la experiencia subjetiva del adolescente frente a su enfermedad y al entorno hospitalario.

De por sí la adolescencia es una etapa crítica, por lo cual, brindarles seguridad y tranquilidad frente a la ansiedad y el miedo frente a lo desconocido es importante. Piqueras et al. (2009) “las emociones negativas constituyen actualmente uno de los principales factores de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales.” (p.85). Por ello la falta persistente de seguridad, puede empeorar en su diagnóstico clínico y del mismo modo en sus preocupaciones ya existentes

Como hemos visto, la adolescencia es un periodo clave e importante en el desarrollo físico, cognitivo y social del sujeto, por lo cual, la falta de seguridad y confianza puede llegar a obstaculizarlo, el estar en un hospital puede causar efectos contrarios en el púber, creando problemas en varios aspectos de su salud física y mental.

Estudios indican que los pacientes necesitan información honesta sobre sus terapias y condiciones de salud para sentirse relajados y participar de mejor manera en el autocuidado propio. Behrouzian et al. (2017) “se ha comprobado que las técnicas de preparación psicológica pueden reducir las estancias hospitalarias, el uso de sedantes, mejorar el estado de ánimo, acortar los tiempos de recuperación tras la cirugía y reducir notablemente el miedo y la ansiedad” (p.1). Por lo cual se ha demostrado que la preparación psicológica reduce la gravedad de los síntomas y la ansiedad.

Los elementos clave de una preparación psicológica eficaz incluyen brindar información clara sobre los procedimientos médicos, alentar la expresión emocional y fomentar la confianza entre los profesionales de la salud y los pacientes. En una investigación realizada por Tamburini et al. (2003) se evidencio que las enfermeras deben ser conscientes de las necesidades de los adolescentes, ya que la comunicación efectiva entre el personal de atención médica y los adolescentes mejora su comprensión de sus condiciones, reduce el estrés y promueve mejores resultados del tratamiento (p.7))

De esta manera se evidencia un problema riguroso en el sistema de salud, que es la tendencia a priorizar lo orgánico en lugar de lo emocional, sobre todo en el caso de la atención a los adolescentes hospitalizados. La poca sensibilidad del personal médico hacia las necesidades propias de los adolescentes y la poca preparación psicológica durante los procesos de hospitalización, tiene un impacto claro en su autopercepción, generando de este modo sentimientos de ansiedad, inseguridad y aislamiento, que podría llegar a afectar la efectividad de los tratamientos médicos.

Por lo tanto, es fundamental adoptar una perspectiva más integral en la atención hospitalaria, que reconozca y valore la dimensión emocional del adolescente como una parte esencial de su proceso de recuperación. Solo así podremos hablar de una atención más humana, empática y efectiva que no solo se centre en curar lo que hay que sanar en su cuerpo, sino que también apoye al adolescente en el cuidado de su propia subjetividad.

## **CAPÍTULO 4**

### **Metodología**

#### **Enfoque**

Se trabajó con un enfoque cualitativo, el cual permitió comprender los procesos, experiencias y significados que los adolescentes viven al encontrarse frente a una experiencia hospitalaria. Del mismo modo este enfoque permitió analizar las experiencias subjetivas y conflictos psíquicos que se pueden dar en el desarrollo de la adolescencia. De acuerdo con Hernández, Fernández, & Baptista (2014) en su texto Metodología de la investigación indica que este “se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto” (p. 358).

#### **Paradigma**

La investigación se abordó desde un paradigma interpretativo, puesto que se basó en comprender e interpretar la información recolectada desde distintas fuentes bibliográficas y entrevistas a profesionales que trabajan con adolescentes. Según Sandín (2003) menciona que la finalidad del paradigma interpretativo es “Comprender e interpretar la realidad, los significados de las personas, percepciones, intenciones, acciones” (p.34). Este modelo permitió analizar cómo los adolescentes pueden verse mucho más afectados en un contexto hospitalario. A través de la interpretación de sus discursos y vivencias, se pudo identificar los factores que influyen en su proceso, proporcionando una visión más cercana a la realidad que enfrentan en su desarrollo físico y subjetivo.

#### **Método**

En esta investigación se aplicó el método descriptivo, ya que permitió detallar las características de lo real de la adolescencia, el trauma de la contingencia médica y los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción, el cuerpo y la imagen en adolescentes en contextos

hospitalarios. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014) exponen que la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analicé. Describe tendencias de un grupo o población (p.80)

### **Técnicas de recolección de información**

En esta investigación se utilizaron diferentes técnicas de recolección de información como la revisión bibliográfica, revisión documental y entrevistas a profesionales. La primera permitió obtener antecedentes teóricos y estudios previos sobre lo real de la adolescencia, el trauma de la contingencia médica y los prejuicios sociales e institucionales. Yuni et al. (2014) en su texto Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación, refieren que “la búsqueda bibliográfica se orienta a la identificación de textos e investigaciones previas que se hayan realizado con anterioridad” (p. 91). Respecto a la segunda técnica de entrevistas a profesionales facilitó la recolección de testimonios y la exploración de sus experiencias con adolescentes. Kvale (2011) afirma que “la entrevista es un método de sensibilidad y poder únicos para captar la experiencia y los significados vividos del mundo cotidiano de los sujetos” (p.35).

### **Instrumentos**

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue la entrevista semidirigida, planteada a profesionales en el área de medicina y psicología especializados en el abordaje y trabajo con adolescentes. Para la construcción de esta se tomaron como de referencia las variables; **lo real de la adolescencia**, donde se incluyeron preguntas como: “¿Cuáles son los desafíos que ha enfrentado al momento de trabajar con adolescentes?” y “¿Cuáles son los desafíos que surgen al trabajar con lo real de la adolescencia dentro de un contexto hospitalario?”. De igual forma, para la variable **autopercepción e imagen** se añadieron preguntas las cuales analizaron sobre la manera en que el diagnóstico y la contingencia médica

influyen en la construcción de la identidad y en la vivencia del cuerpo del adolescente.

Para la variable **trauma de la contingencia médica** se plantearon preguntas como: “¿De qué manera el dolor físico y el sufrimiento psíquico causado por una contingencia médica afecta la configuración de una nueva imagen en los adolescentes hospitalizados?” o “¿Cómo se manifiestan los duelos por la pérdida de un cuerpo sano y de la imagen en los adolescentes?”. La formulación de las preguntas también consideró la distinción de los perfiles profesionales entrevistados, diferenciando aquellas destinadas a psicólogos que trabajan en contextos hospitalarios, otras que podían ser respondidas por el personal médico y otras que convocaban a profesionales en psicología vinculados al grupo explorado. Todo esto permitió la recolección de perspectivas tanto generales como especializadas, garantizando una recolección de datos coherente con los objetivos investigativos y facilitando el posterior análisis.

### **Operacionalización de variables**

#### **Variable dependiente:**

Autopercepción de adolescentes en contextos hospitalarios

#### **Definición:**

Conjunto de creencias y percepciones que un adolescente tiene de sí mismo, las cuales se verán influenciadas por su experiencia dentro de un entorno hospitalario.

#### **Indicadores:**

Adolescencia, autopercepción, autoestima, nivel de confianza, idiosincrasia, institución hospitalaria.

#### **Instrumentos:**

Revisión bibliográfica y entrevista a profesionales

**Variables independientes:**

Contingencia médica, Prejuicios sociales e institucionales.

**Definición:**

Variables que influyen en la salud, rutina, y vivencias emocionales de los adolescentes dentro y fuera de un contexto hospitalario.

**Indicadores:**

Diagnóstico, hospitalización, tiempo de hospitalización, actitudes discriminatorias, necesidades emocionales.

**Instrumentos:**

Revisión bibliográfica y entrevista a profesionales

**Población**

La población estuvo enfocada en adolescentes en contingencia médica dentro de un contexto hospitalario. Se abarcó el periodo de la pubertad para el estudio y la comprensión en su relación con el cuerpo, autopercepción y la construcción de su subjetividad en esta etapa. Esto se fundamenta en la revisión bibliográfica desarrollada en el marco teórico, que aborda la adolescencia desde distintas perspectivas incluida la psicoanalítica, así como en las experiencias obtenidas durante las prácticas preprofesionales en una institución hospitalaria, donde fue posible observar de manera directa la dinámica de los adolescentes en ese entorno.

Finalmente, se contó con la participación de 6 profesionales dentro del campo médico y psicológico, que guardan experiencia en el abordaje y trabajo con adolescentes. Las entrevistas realizadas no se plantearon como un estudio sobre ellos, sino como un recurso que amplifica, respalda y contrasta los hallazgos con la práctica clínica y lo escrito en el marco teórico en referencia a la población protagónica de esta investigación. Alan & Cortez (2018) definen que “La población comprende la totalidad de sujetos u objetos a los cuales se va a investigar, su selección se da en función a ciertas características que pueden contribuir en la obtención de información relevante para estudiar el problema” (p.103).

### **Rigor ético**

Para las entrevistas se eligió mantener el anonimato de los profesionales con un consentimiento informado, presentado previamente a la entrevista y firmado por cada uno de ellos para proteger su información personal y la confidencialidad. En el documento se exponen de manera clara y detallada los parámetros que se seguirán al momento de la realización de la entrevista. Donde el entrevistado tiene la libertad de hacer alguna pregunta si es que se le presenta una duda o la decisión de responder o no a las preguntas realizadas.

## CAPÍTULO 5

### Presentación y análisis de resultados

Como se mencionó en el anterior capítulo, el instrumento para la recolección de información consistió en la aplicación de una entrevista semiestructurada dirigida a 3 grupos de profesionales vinculados con la temática investigada: el primero enfocado en profesionales en psicología que trabajan en un contexto hospitalario con adolescentes, el segundo, profesionales en psicología que tiene experiencia en el trabajo con jóvenes en su consulta privada, y por último, médicos pediatras que trabajan con la misma población dentro de contextos hospitalarios.

El objetivo de esta entrevista fue obtener información desde la experiencia profesional y personal que pueda contribuir a la finalidad de esta investigación. Las preguntas giraron en torno a las 3 variables trabajadas teóricamente a lo largo de los capítulos anteriores que fueron: lo real de la adolescencia, el trauma de la contingencia médica y la influencia de los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción de adolescentes en contextos hospitalarios.

Se realizó la entrevista a 6 profesionales, con los cuales se acordó mantener el anonimato, codificando sus respuestas con números. La psicóloga #1 es psicóloga clínica y magister en neuropsicología, la cual trabaja en un hospital pediátrico especializada en atención con niños y adolescentes. La psicóloga #2 es psicóloga clínica y magister en psicoanálisis y educación, la cual trabaja en un hospital de especialidades de categoría H3 – de tercer nivel el cual cuenta con áreas de emergencia para atender situaciones de alta complejidad y trabaja tanto con adultos, adolescentes y niños. El psicólogo #3 es un psicólogo y psicoanalista especializado en la atención con jóvenes adolescentes en consulta privada. La psicóloga #4 tiene una especialización en terapia familiar, terapia de pareja y terapia individual con niños, adolescentes y adultos, atiende en su consulta privada. Finalmente, el doctor #1 trabaja en un hospital pediátrico, es pediatra neonatólogo, trabaja con recién nacidos, sin embargo, también

aborda experiencias de trabajo en casos con adolescentes. Por último, la doctora #2 trabaja en un hospital materno infantil y atiende a madres adolescentes embarazadas.

**Tabla 12.** *Respuestas Entrevistas*

| <b>Entrevista a profesionales en psicología clínica y pediatras</b> |  |   |
|---|--|---|
| <b>Variab</b>   | <b>Preguntas</b>   | <b>Respuestas</b>   |
| <b>Lo real de la adolescencia</b>                                   | Desde su experiencia como psicóloga clínica/médico pediatra, ¿cuáles son los desafíos que ha enfrentado al momento de trabajar con adolescentes? | <p><b>P1:</b> Me parece que trabajar con adolescentes es uno de los desafíos más grandes que tiene el especialista por todos los cambios que conlleva esta etapa. La búsqueda de autonomía se ve reflejada en resistencias a la autoridad, los chicos hacen su tachadura al especialista y eso puede complicar un poco el rapport o la alianza terapéutica que se pueda realizar con ellos. Otro desafío que se presenta es cuando están completamente desbordados emocionalmente.</p> <p><b>P2:</b> Tener la capacidad propia de estar a la altura de la época, de poder leer los nuevos elementos que aparecen como recursos para los sujetos adolescentes. Otra de las complicaciones es la apertura a esa lengua extraña que trae el adolescente y a partir de ello hacer del encuentro un alojamiento que permita que dos hablen la misma lengua.</p> <p><b>P3:</b> El primer desafío, si hablamos de consulta privada, es que por lo general los adolescentes no llegan bajo sus propios medios, sino que son llevados por los padres. Y otro desafío es que siempre digo que la adolescencia se acompaña por una fuerte tendencia de desconfiar del otro porque son sujetos que no pueden terminar de confiar ni en sus propios procesos.</p> <p><b>P4:</b> Primero la resistencia que tienen muchos de ellos en función a la imagen del psicólogo. Segundo, todos</p> |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  |   | <p>los cambios que suelen haber en esta etapa donde se ponen de manifiesto muchos frentes que problematizan al adolescente y claramente es difícil abordarlos en la particularidad a cada uno.</p> <p><b>D1:</b> Primero que los adolescentes suelen acudir a consulta solo cuando presentan enfermedades graves o crónicas. El mayor desafío se encuentra en el examen físico, debido al pudor, la intimidad y el riesgo de malas interpretaciones, lo que exige la presencia de un cuidador. También influye la preferencia de género del médico, ya que algunos adolescentes se sienten más cómodos con un profesional hombre o mujer según el caso. Por otro lado, también están las enfermedades crónicas que repercuten en la autoestima y en la socialización. Por lo cual, atender a un adolescente implica no solo ver la parte médica, sino también el contexto familiar, social y emocional.</p> <p><b>D2:</b> Ubico dos grupos de adolescentes: aquellas que, al convertirse en madres, cuentan con el apoyo familiar y muestran responsabilidad en el cuidado de sus hijos, y aquellas que carecen de este respaldo, lo que dificulta su compromiso y continuidad escolar. Trabajar con el primer grupo resulta más accesible, mientras que con el segundo es más complejo establecer un acompañamiento adecuado.</p> |
|  | <p>¿Considera que recibir un diagnóstico médico delicado (enfermedad catastrófica, crónica, o que</p> | <p><b>P1:</b> Por supuesto que sí, ya que justamente en esta etapa ellos están buscando una identidad. Ese afán de querer hacer valer su identidad lo lleva a ser un poco desafiante frente a autoridades o de querer estar enfermo. En los chicos que son más vulnerables se exagera un poco más la inseguridad, son más dependientes. Al ponerse en juego la independencia, al</p>   |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>impliquen tratamientos invasivos o amputaciones) puede intensificar la crisis adolescente?</p> | <p>menos en el área de quemados, cuando se han quemado parte de sus genitales, el sujeto entra en lo real porque se pone en juego la sexualidad, la imagen, la parte simbólica, es una situación terrible para el adolescente y esto hace que entre más en crisis o que incluso llegue a la melancolía.</p> <p><b>P2:</b> Si el adolescente por el momento estructural que cursa se ve confrontado al agujero de la sexualidad, pienso que recibir un diagnóstico podría dar lugar a la intensificación de la angustia; en tanto se trata de la producción de un agujero al cual ese sujeto se ve confrontado en lo real del cuerpo. Ambos como retorno a esa pérdida primaria que constituye al sujeto. Puede manifestarse a través de síntomas, pasajes al acto, toxicomanías, actos de violencia y la negativa ante el Otro institucional y esto genera un cambio en tanto no hay esfera privada, el sujeto está expuesto a la escena pública del personal de salud.</p> <p><b>P3:</b> Se debe pensar en el caso a caso, pero de forma general, un diagnóstico de alguna enfermedad catastrófica afecta más la crisis de la adolescencia especialmente si ese adolescente no cuenta con los apoyos tradicionales como la familia, amigos, discurso compartido, etc.</p> <p><b>P4:</b> Sí, en el adolescente la parte del cuerpo y la imagen ya se trastoca por los cambios de la pubertad y que haya justamente un agravante como una enfermedad o algún tema de intervención médica que trastoque esa imagen perjudica cómo ellos se van percibiendo</p> <p><b>D1:</b> Recibir un diagnóstico médico grave puede</p> |
|--|---|--|

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>intensificar la crisis adolescente, ya que afecta la formación de su personalidad y su adaptación emocional. La enfermedad limita su participación en actividades sociales y escolares, lo que impacta negativamente en su autoestima y desarrollo. En un entorno hospitalario, esta crisis se agrava debido a la falta de interacción social y los tratamientos invasivos, lo que afecta su bienestar emocional y físico.</p> <p><b>D2:</b> Recibir un diagnóstico delicado intensifica la crisis adolescente, manifestándose en ansiedad, nerviosismo, inestabilidad e incluso reacciones agresivas. En el hospital, la ausencia frecuente de los padres o tutores y la falta de apoyo en madres adolescentes agravan la situación. Por lo cual, es importante el acompañamiento psicológico para ayudar al adolescente y su familia a procesar la información y reducir el impacto emocional.</p>                                       |
|  | <p>¿Qué rol juega el personal de la salud, la familia y los pares en el bienestar orgánico como psicológico en los adolescentes hospitalizados o con algún padecimiento crónico?</p> | <p><b>P1:</b> El personal que trabaja con este tipo de adolescentes es importantísimo para la contención, para reducir la ansiedad. El psicólogo y el psiquiatra juegan un rol fundamental para cuidar la salud mental de los sujetos ya que los médicos a veces optan por dar ansiolíticos para que no haya tanto “dolor” emocional o mental. Se trabaja con la familia en la parte emocional, en la orientación. En cuanto a los pares, su presencia hace que se normalice la situación porque hay apoyo, hay muchísima empatía y esto reduce un poco el dolor emocional del adolescente. Es evidente una mejor recuperación al trabajar de forma multidisciplinaria.</p> <p><b>P2:</b> Los aparatajes institucionales buscan el bien-estar del paciente a través de los recursos que les son próximos, la medicación, como vía para acotar el dolor corporal, de lado de la familia en el mejor caso está la presencia y las palabras.</p> |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  |   | <p><b>P3:</b> Creo que es un rol esencial para sostener el gusto por la vida. En pocas palabras si un chico está hospitalizado, desconectado de lo demás, eso lo va a empujar más hacia la muerte que hacía la vida.</p> <p><b>P4:</b> Cada uno de estos frentes a nivel social permite que el adolescente hospitalizado pueda sostenerse en algo. La familia, amigos, personal médico son un ente de apoyo, contención y de amor para los adolescentes.</p> <p><b>D1:</b> El apoyo de la familia, amigos cercanos y pares es esencial para el bienestar orgánico y psicológico de los adolescentes con enfermedades graves. Estar rodeado de seres queridos fortalece la esperanza y el ánimo del adolescente, facilitando su recuperación. El entorno familiar y social favorece su bienestar emocional, mientras que el aislamiento podría empeorar su situación.</p> <p><b>D2:</b> La familia, el personal de salud y el entorno juegan un rol importante en el bienestar físico y psicológico del adolescente con enfermedad crónica. La falta de acompañamiento y empatía puede derivar en estados depresivos, mientras que un entorno adecuado brinda fortaleza para afrontar tratamientos largos o intervenciones</p> |
|  | <p>¿Cuáles son los desafíos que surgen al trabajar con lo real de la adolescencia dentro de un contexto hospitalario?</p> | <p><b>P1:</b> Uno de los desafíos es lidiar con lo impredecible porque no se sabe lo que va a pasar con lo real del adolescente, con los cambios del cuerpo, con los cambios de la imagen, con el dolor, con la posibilidad de la mortalidad y las preguntas que hace sobre aquello. Son preguntas que cuando las hace un niño o un adolescente sigue sorprendiendo porque no deja de sensibilizar el tema de la muerte haciendo que a su vez aparezca el</p>   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>desafío personal por el cual uno va a terapia. En cuanto al abordaje se trata de buscar una forma muy empática y muy humana de acompañar eso tan doloroso y real que está pasando el adolescente para que pueda tener una aceptación del diagnóstico.</p> <p><b>P2:</b> Operar en una temporalidad variable, que está determinada por varios vértices. Se trata de crear un hacer en los intersticios del deber hacer, bajo la orientación de la política del síntoma en el uso de un psicoanálisis aplicado. El adolescente debe ser acompañado con paciencia, entendiendo que es el tiempo y los recursos de cada sujeto.</p> <p><b>P3:</b> Pienso en pacientes adolescentes que han tenido que estar hospitalizados por enfermedades catastróficas y existe toda una desesperación por salir de ahí, por regresar a sus vidas normales. Si la enfermedad es muy larga y no alcanzan sus metas entonces hay algo del ideal que sienten que se les desaparece e intentan sostener. El desafío para todo el personal es intentar conciliar un poco lo que este chico demanda en el tiempo de su tratamiento. Otro desafío es que muchos adolescentes no pueden terminar de concientizar la gravedad del diagnóstico, entonces creo que en primer lugar este acompañamiento implicaría trabajar con mucho cuidado que él o ella pueda ir comprendiendo la gravedad de su enfermedad porque se va a necesitar que este adolescente adquiera el compromiso con el tratamiento y sea mucho más sólido ya que quizás pueda durar mucho tiempo.</p> <p><b>P4:</b> El sujeto que se ve envuelto en tantas situaciones como tomar sus medicinas, tener intervenciones invasivas y al final sigue habiendo confusión y angustia en el</p> |
|--|--|---|

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>adolescente ya que no logra entender del todo la situación que vive. No entiende todo lo que implica a nivel médico, pero sí a nivel subjetivo ya que lo va viviendo sin poder nombrar eso que no se dice, pero que se siente y se vive angustiante, lo real de la enfermedad, lo real del cuerpo, lo real de la muerte. El adolescente debería tener un acompañamiento no sólo médico sino también psicológico. Tal vez estas posibilidades de llevar el acompañamiento, poder realizar videollamadas y hacer otro tipo de actividades dentro del hospital para que exista una conexión con el mundo exterior vía lo social, algo que dignifique más el espacio hospitalario sin que simplemente sea una camilla, medicinas y nada más.</p> <p><b>D1:</b> El principal desafío al trabajar con adolescentes en un contexto hospitalario es la diferencia entre diagnósticos graves y comunes. Los adolescentes con enfermedades graves, como el cáncer, requieren un enfoque más complejo, ya que su comportamiento y desarrollo emocional son distintos a los de aquellos con enfermedades de resolución rápida. Además, adolescentes con antecedentes de consumo de drogas o de hogares disfuncionales presentan un comportamiento más difícil de abordar. Sin embargo, en general, los adolescentes colaboran cuando su diagnóstico es menos grave.</p> <p><b>D2:</b> Acompañar a los adolescentes requiere empatía y apoyo integral, considerando tanto sus preocupaciones individuales como el entorno familiar. Los adolescentes con un entorno seguro tienen más disposición, mientras que aquellos que se sienten solos o desprotegidos presentan mayor resistencia, inseguridad y conductas de riesgo.</p> |
|--|--|---|

**Entrevista a profesionales en psicología clínica y pediatras que trabajan en contextos hospitalarios**

| Variables                                  | Preguntas  | Respuestas  |
|--|--|---|
| <b>Lo real de la adolescencia</b>          | ¿Cuáles son las principales resistencias o defensas que ha podido observar en los adolescentes con respecto a su diagnóstico y a los procedimientos médicos en el contexto hospitalario? | <p><b>P1:</b> La primera que es la más común tanto en los adolescentes como en padres es la negación. No quieren tomarse los medicamentos porque tienen esta investidura de que son súper inmortales. El aislamiento porque no quieren dar pena, no quieren compasión, se pone en relevancia lo que es el orgullo. El duelo de lo que murió en el adolescente es un poco complicado porque enseguida se pone en juego ese yo frágil. Surgen muchísimos mecanismos defensivos, un inconsciente desbordado y me atrevo a decir que con muchos brotes psicóticos.</p> <p><b>P2:</b> La negación</p> <p><b>D1:</b> Los adolescentes suelen resistirse a los procedimientos médicos invasivos, especialmente cuando estos se repiten. Al principio, pueden aceptarlos, pero con el tiempo, el dolor y la limitación de llevar una vida normal generan rechazo. Esto es más común en adolescentes que ingresan por situaciones menos graves, como apendicitis o fracturas.</p> <p><b>D2:</b> Los adolescentes suelen colaborar, presentan angustia, tristeza e incluso estados depresivos frente a su diagnóstico. La resistencia surge principalmente del miedo y la incertidumbre sobre los tratamientos. Es necesario comunicar la información de forma prudente y clara, ya que los adolescentes tienden a interpretarla de manera muy literal.</p> |
| <b>El trauma de la contingencia médica</b> | Desde su experiencia profesional ha ubicado factores que incidan en la aceptación de   | <b>P1:</b> En los factores de un diagnóstico positivo, temprano, claro, muy bien explicado el soporte de la familia es importantísimo y que puedan tener acceso a terapias. También aquellos que cuyo malestar pueda ser verbalizarlo, expresado ya sea a través de la palabra o de la escritura ayuda a que los adolescentes puedan procesar mejor este tipo de situación. Reduce un poco  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>manera favorable del adolescente ante un dx. o contingencia médica.</p> | <p>lo que es la tristeza, la depresión, hay mejor adherencia al tratamiento porque ellos colaboran un montón, en cambio los chicos que no quieren hablar, es muy visible que son chicos un poco más resentidos, que somatizan más, que tienen más problemas de constipación, tienen más pensamientos intrusivos, se quitan los catéteres, hay más resistencia al diagnóstico y eso hace que la recuperación sea mucho más lenta y más difícil.</p> <p><b>P2:</b> La aceptación de un diagnóstico, creo que es una contingencia que no debe pensarse como regla general de las buenas o malas formas. La diferencia es consustancial al uso de los recursos simbólicos que permiten todo el desenvolvimiento de la metáfora, la metonimia en lugar del aprisionamiento a un goce silencioso.</p> <p><b>D1:</b> La aceptación de un diagnóstico depende de su entorno familiar y de su autoestima. Aquellos que crecen en un hogar afectivo y seguro manejan mejor las emociones y los problemas. La educación sobre el diagnóstico también es clave, ya que proporciona tranquilidad y comprensión. Además, la capacidad de expresar malestares varía según la personalidad del adolescente y su relación con los cuidadores.</p> <p><b>D2:</b> La aceptación del diagnóstico depende de la gravedad y cronicidad de la enfermedad. Los diagnósticos leves y de corta estancia hospitalaria suelen ser aceptados con mayor facilidad, mientras que las enfermedades crónicas o graves generan mayor dificultad, estados depresivos y resistencia. Sin embargo, algunos adolescentes logran aceptar el tratamiento cuando comprenden que les beneficiará, aunque no deseen estar hospitalizados.</p> |
|  | <p>¿De qué manera el abordaje por parte del personal de la</p>             | <p><b>P1:</b> Bastante, cuando las enfermeras, los médicos son muy empáticos y les explican todo a los adolescentes, cómo llegó, qué pasó, cuál va a ser el tratamiento hace que el chico también haga preguntas y se involucre en el tratamiento, se impliquen.</p>   |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>salud influye en la aceptación o rechazo del diagnóstico y en la recuperación de los adolescentes?</p> | <p>En cambio, si se da algo más autoritario entonces los adolescentes se vuelven más desconfiados, ya no quieren, no simpatizan con el especialista y eso repercute un montón en la recuperación.</p> <p><b>P2:</b> Tiene una incidencia relevante, en tanto es el personal médico quien está en posición de “tener” el saber sobre el futuro de esa vida.</p> <p><b>D1:</b> En cuanto al personal de salud, es necesario saber cómo llegar al paciente, tener empatía para generar confianza y un vínculo entre el médico y paciente. Si logramos crear esa conexión, el paciente estará más dispuesto a compartir sus preocupaciones, permitir el examen y, en muchos casos, sentirse aliviado. El trato adecuado no solo reduce el dolor físico, sino que también puede disminuir la angustia emocional del paciente.</p> <p><b>D2:</b> Influye en la aceptación del diagnóstico y en la recuperación del adolescente. Cuando los médicos y enfermeras brindan seguridad, apoyo y empatía, los adolescentes asimilan mejor la enfermedad, se muestran más colaborativos y su recuperación puede ser más rápida.</p> |
|--|---|--|

| <b>Entrevista a profesionales en psicología clínica que trabajan en contextos hospitalarios</b> |   |  |
|---|---|--|
| <b>Variables</b>  | <b>Preguntas</b>  | <b>Respuestas</b>  |
| <b>Lo real de la adolescencia</b>   | ¿Considera usted que existen diferencias en el sentir y la vivencia del cuerpo entre adolescentes hospitalizados por enfermedades o procedimientos quirúrgicos y los que llegan por somatización? | <p><b>P1:</b> Obviamente, los que están hospitalizados por algún diagnóstico crónico o grave, siempre están considerados como frágiles y esto hace que el adolescente pueda sentirse un poco débil por ciertas intervenciones que han dejado marcas en el cuerpo. En cambio, los que somatizan, llegan con pseudocrisis como crisis epilépticas, pero no tienen ningún tipo de causalidad orgánica. En esta somatización el cuerpo expresa todo lo que no se puede poner en palabras. El cuerpo protesta y se revela ante situaciones familiares, internas, sociales. Los médicos descartan lo orgánico y dan paso a la llegada del psicólogo. Se suele decir que estos episodios son para llamar la atención porque todavía no hay conocimiento en su totalidad acerca de las somatizaciones, por ende, para los doctores aquello no es tener algo, pero sí tienen, tienen una somatización, pero como no es tangible, es nada.</p> <p><b>P2:</b> En ambos casos la angustia toca los cuerpos en esa materialidad que llamamos lo orgánico, en la extensión del cuerpo que es la piel. Teóricamente decimos que tenemos un cuerpo en tanto se goza de él, y eso es estructural a los sujetos.</p> |
| <b>El trauma de la contingencia médica</b>  | ¿De qué manera el dolor físico y el sufrimiento psíquico causado por una contingencia médica afecta la configuración de una nueva   | <p><b>P1:</b> Bueno pues sabemos que el dolor físico en las partes del cuerpo va generando como una imagen fragmentada. En algunas ocasiones he podido ver que, por ejemplo, cuando tienen cicatrices o cuando queda alguna marca en el cuerpo es visto como el sobreviviente, como si hubiera venido de una guerra. A veces este tipo de marcas que van quedando en el cuerpo hace que algunos se victimicen muchísimo mientras que otros lo ven como que han sobrevivido a algo y la terapia trata de sacarlos de esa postura de víctima. Es probable que</p>  |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <p>imagen en los adolescentes hospitalizados?</p>  | <p>debido a que tienen este rol que escuchan en el hospital que es “un paciente crónico”, “es un paciente grave”, lo limitan a hacer actividades que capaz antes hacían o que en algún momento querían hacer. Eso hace que de alguna manera se salten esa parte acelerando la “madurez”. Me impresiona que al hacer esta aceleración de esta madurez pareciese que la gran mayoría reconstruye una identidad mucho más audaz, mucho más auténtica, aunque no es de la mejor manera.</p> <p><b>P2:</b> Por el surgimiento de una nueva opacidad que requerirá de un trabajo de renuncia y de investidura libidinal. Afecta en la posibilidad de cesión de elementos significantes.</p>   |
|  | <p>¿Existen diferencias notables en la subjetividad de adolescentes que han atravesado un diagnóstico médico de aquellos que no?</p> | <p><b>P1:</b> Absolutamente, los que han atravesado un diagnóstico desarrollan, a mi impresión, una subjetividad mucho más receptiva, más reflexiva, más empática con mayor ímpetu de seguir. En cambio, los no afectados mantienen una subjetividad más ingenua que está un poco más centrada en preocupaciones cotidianas. Las internaciones lo aíslan de sus pares, de su vida cotidiana, de sus rutinas, es más traumático desde muchas aristas, les cambia todo, el adolescente se irrita un poco más por no estar en su espacio.</p> <p><b>P2:</b> Pensar en la subjetividad nos moviliza a considerar las diferentes escenas que dejan huella en esa construcción. La intensidad con la que el discurso médico podría tocar el cuerpo de un infante, la fantasmática de los padres y las marcas sobre el cuerpo. En la adolescencia me parece que esas marcas entran en relevancia en tanto pasan por la mirada del otro, del partenaire y los pares. Considero que puede resultar agotador y que aquello se manifieste de diferentes formas. La estancia hospitalaria aprisiona el cuerpo y lo reduce a la posición de objeto ante los diversos procedimientos (inyectar, operar, canalizar, entubar)</p> |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <p>¿Cómo se manifiestan los duelos por la pérdida de un cuerpo sano y de la imagen en los adolescentes?</p> | <p><b>P1:</b> Aparecen todas estas etapas que conocemos, la negación, la ira consigo mismo o a veces hacia el médico, la negación, la negociación, la depresión que lleva al aislamiento y después de tantas semanas la aceptación de esta nueva imagen. En los adolescentes más que en los niños es mucho más complejo trabajar el duelo, algunos llegan a tener conductas infantiles, hacen acting outs como protesta, algunos nunca logran hacer porque no tienen el acompañamiento del duelo de ese cuerpo anterior y constantemente se lo resaltan sin haber trabajado el cuerpo real que ahora tienen. No logran simbolizarlo y es terrible porque a veces llegan a la depresión, a la melancolía e incluso a tratamientos psiquiátricos.</p> <p><b>P2:</b> Puede pasar por el lugar del rechazo, del daño personal en la omisión de los tratamientos, de la búsqueda de vivir por fuera del rótulo de enfermo.</p> |
|--|---|---|

### **Análisis de datos: Entrevistas**

El análisis de los datos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a profesionales de la psicología y pediatría reveló una serie de puntos de encuentro disciplinares que responden en relación al papel que juegan lo real de la adolescencia y la contingencia médica en la autopercepción de adolescentes en contextos hospitalarios. Importante agregar que en las preguntas que se hicieron de estas dos variables transversalmente se vio abordada la variable sobre los prejuicios sociales e institucionales que afectan al grupo investigado.

### **Lo real de la adolescencia**

Con respecto a lo real de la adolescencia, los profesionales coinciden en que la adolescencia es una etapa marcada por la búsqueda de autonomía y la formación de la identidad, lo que puede hacer que los adolescentes muestran resistencias a la autoridad, especialmente en un entorno hospitalario. También mencionan cómo los adolescentes pueden desarrollar una imagen fragmentada de sí mismos debido a enfermedades graves o

procedimientos invasivos, lo que genera inseguridad y problemas en la autoestima. Todos los profesionales coinciden en que la familia y los pares juegan un rol importante en el bienestar emocional y psicológico, ayudando a reducir la ansiedad y facilitando la recuperación.

Los psicólogos destacan más los aspectos emocionales y psicológicos, como la resistencia a los diagnósticos, la negación, y las dificultades para verbalizar el malestar. Ponen énfasis en la necesidad de un acompañamiento más empático y más humano para ayudar al adolescente a aceptar su situación. Por otro lado, los médicos destacan más aspectos prácticos y físicos de los desafíos, como las complicaciones durante los procedimientos médicos especialmente en adolescentes con enfermedades graves y el pudor relacionado con la intimidad y el género. Mencionan cómo la falta de apoyo familiar o de un entorno adecuado puede agravar la crisis emocional de los adolescentes.

### **El trauma de la contingencia médica**

Ambos profesionales tanto psicólogos como pediatras coinciden en que el diagnóstico de una enfermedad grave, crónica o invasiva tiene un impacto profundo en los adolescentes, generando crisis emocionales significativas. La ansiedad, la tristeza y la inseguridad son comunes en estos pacientes. Del mismo modo todos los profesionales, en especial los psicólogos, coinciden en que el trauma de la contingencia médica puede alterar la identidad del adolescente, dado que enfrentan una pérdida de su *cuerpo sano*. Los psicólogos mencionan que algunos adolescentes podrían sentirse como *sobrevivientes* o *víctimas*, dependiendo de cómo interpretan las cicatrices o las marcas en sus cuerpos. Esto también es brevemente mencionado por los médicos los cuales enfatizan que las enfermedades crónicas pueden influir en la autoestima y en las interacciones sociales. Asimismo, todos coinciden en que es importante tener un acompañamiento adecuado para ayudar a los adolescentes a procesar la experiencia del diagnóstico médico y los procedimientos. Para ello es importante la participación de la familia, amigos y profesionales de la salud.

Desde la perspectiva psicológica los psicólogos se enfocan principalmente en la dimensión emocional del trauma, como la manifestación de síntomas psicológicos como son la depresión, ansiedad, alteraciones de la imagen corporal, y cómo la falta de apoyo emocional y verbalización del malestar puede llevar a conductas destructivas como pueden ser la resistencia al tratamiento, somatización, etc. Resaltan la importancia de que los adolescentes expresen sus emociones de manera abierta y reciban un acompañamiento terapéutico para afrontar el dolor emocional.

Por otro lado, los médicos mencionan más los efectos físicos del trauma médico, como las complicaciones derivadas de la enfermedad, los procedimientos invasivos y cómo estos afectan la participación de los adolescentes en actividades sociales y escolares. Se centran en cómo el dolor físico y las limitaciones del tratamiento afectan la adaptación emocional del adolescente.

### **Análisis general**

En base a lo real de la adolescencia ambos grupos de profesionales coinciden en la importancia del apoyo emocional y social para los adolescentes hospitalizados, pero los psicólogos profundizan más en los procesos emocionales y de identidad, mientras que los médicos recalcan la importancia de un enfoque integral que incluya el contexto físico y médico.

En base al trauma de la contingencia médica tanto psicólogos y médicos, reconocen que el trauma médico afecta profundamente la identidad, las emociones y la autoestima del adolescente. Todos consideran importante el apoyo emocional, especialmente de la familia y los profesionales de salud, para mitigar el impacto del diagnóstico y los procedimientos médicos. Los psicólogos se enfocan más en los aspectos emocionales y subjetivos, incluyendo la resistencia psicológica y el trauma relacionado con la imagen corporal. Los pediatras, en cambio, ponen más énfasis en los aspectos físicos de la enfermedad, el dolor y los procedimientos invasivos, así como en la necesidad de un enfoque práctico para garantizar la colaboración del adolescente en el tratamiento.

## CONCLUSIONES

Se puede afirmar que la adolescencia es una etapa compleja e impredecible que está llena de cambios físicos como psicológicos que transforman profundamente al sujeto. Estos cambios pueden ser angustiantes y la búsqueda de autonomía e identidad propia hace que a los adolescentes se los catalogue como “rebeldes” especialmente en contextos hospitalarios ya que la crisis adolescente se intensifica al momento de enfrentarse con un diagnóstico médico. Esto marca un antes y un después en su vida porque está ante un cuerpo fragmentado, invadido por tratamientos e intervenciones constantes que ponen en juego ese yo frágil.

La adolescencia al ser una etapa de transformaciones también es una etapa llena de resistencias y dificultades. En un entorno hospitalario mucho de lo real se pone en juego ya que en varias ocasiones los adolescentes tienen dificultades para poner en palabras su malestar, lo que no se dice, pero se siente angustiante. Por esa razón, es importante que reciban el apoyo de familiares, amigos y del personal de la salud ya que cumplen un rol clave en la contención, en el bienestar emocional y psicológico facilitando una mejor adherencia al tratamiento y mejoras en el proceso de recuperación.

Debido a la complejidad de la adolescencia, cualquier evento que resulte inoportuno tiene efectos significativos. La aparición de una enfermedad o de tener que pasar por una intervención médica que marque el cuerpo, puede irrumpir de forma traumática la vida psíquica del sujeto. Esto produce un impacto profundo en los adolescentes generando crisis emocionales al mismo tiempo que puede alterar parte de su identidad porque se enfrentan ante la caída de un ideal en torno a un cuerpo sano. El trauma de la contingencia médica se manifiesta mediante síntomas psicológicos como la depresión, la ansiedad, conductas destructivas, etc., ya que las limitaciones de un tratamiento ponen en juego la adaptación emocional.

Los prejuicios sociales e institucionales se encuentran presentes por la falta de información y de sensibilización necesaria para poder comprender a esta población. Estos prejuicios influyen en la forma en la que son vistos los adolescentes ya que cualquier síntoma que presente los hace ver como que quieren llamar la atención cuando realmente es una forma de sostenerse ante aquello que les resulta insoportable. El poco conocimiento de ciertos factores psicológicos que tiene la misma importancia de lo orgánico lleva a algunos médicos a restar interés en casos de somatizaciones ya que al no haber algo tangible, es como si no hubiera nada.

## REFERENCIAS

- Alan, & Cortez. (2018). *Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica*. Repositorio Digital de la UTMACH. <https://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12498/1/Procesos-y-FundamentosDeLainvestiagcionCientifica.pdf>
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución del Ecuador*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6716.pdf>
- Asamblea Nacional. (2016). Ley Organica de Gestion de la Identidad y Datos Civiles. En *Lexis*. <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2019/08/Ley-Org%C3%A1nica-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Identidad-y-Datos-Civiles.pdf>
- Bassols, M. (2020). Prólogo. En G. López, *Adoles(seres). La orientación a lo real en la clínica psicoanalítica con adolescentes* (Prólogo de Miquel Bassols). Grama Ediciones. <https://miquelbassols.blogspot.com/2020/08/adolescencias.html>
- Behrouzian, F., Sadrizadeh, N., Nematpour, S., Seyedian, S. S., Nassiryan, M., & Zadeh, A. J. F. (2017). The Effect of Psychological Preparation on the Level of Anxiety before Upper Gastrointestinal Endoscopy. *JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH*. <https://doi.org/10.7860/jcdr/2017/24876.10270>
- Bernal, V., Muñoz, A., & Martinez, M. (2025). *Psicología. Adolescencia*. <https://cdnc.heyzine.com/files/uploaded/v2/f766f6aad0d0b472c6aace9c44e73c7757975e08.pdf>
- Butragueño Laiseca, L. B., González Martínez, F. G., Oikonomopoulou, N., Pérez Moreno, J. P., Toledo del Castillo, B. T., González Sánchez, M. I. G., & Rodríguez Fernández, R. R. (2016). Percepción de los adolescentes sobre el ingreso hospitalario. Importancia de la humanización de los hospitales infantiles. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(5), 373-379. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.04.003>
- Congreso Nacional. (2003). Código de la Niñez y Adolescencia. En *Ediciones Legales*. <https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/este-es-06-C%C3%93DIGO-DE-LA-NI%C3%91EZ-Y-ADOLESCENCIA-Leyes-conexas.pdf>

- Cordova, N. C. (2020). *Del yo ideal al ideal del yo. La construcción de un horizonte en tiempos de distopías*. Apunty.com. <https://apunty.com/doc/2020-cordova-n-del-yo-ideal-al-ideal-del-yo-pdf>
- Corry, D. A. S., & Leavey, G. (2016). Adolescent trust and primary care: Help-seeking for emotional and psychological difficulties. *Journal Of Adolescence*, 54(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.11.003>
- Dimartino, Á. (2020). *La escucha psicoanalítica en el ámbito del Hospital Público*. Universidad Nacional de Rosario. <http://hdl.handle.net/2133/18443>
- Dominios institucionales – UCSG. (s. f.). <https://www.ucsg.edu.ec/institutos/dominiosinstitucionales/>
- Fernández, T. G. (2019). *Develando mitos: El adolescente no es quien adolece*. Researchgate. [https://www.researchgate.net/publication/340362186\\_Develando\\_mitos\\_el\\_adolescente\\_no\\_es\\_quien\\_adolece\\_WWWCUANDOLAVIDACOM](https://www.researchgate.net/publication/340362186_Develando_mitos_el_adolescente_no_es_quien_adolece_WWWCUANDOLAVIDACOM)
- Francischinelli, A. G. B., De Amorim Almeida, F., & Fernandes, D. M. S. O. (2012). Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 18-23. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002012000100004>
- Frankl, V. (2022). *Asumir lo efímero de la existencia*. Editorial Herder.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre teoría sexual*. Ediciones Alianza.
- Freud, S. (1905). *Las metamorfosis de la pubertad*. En *Tres ensayos sobre teoría sexual*. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). *Introducción del narcisismo* (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu. [https://arditiesp.files.wordpress.com/2012/10/freud\\_intro\\_narcisismo\\_vol\\_xiv.pdf](https://arditiesp.files.wordpress.com/2012/10/freud_intro_narcisismo_vol_xiv.pdf)
- Freud, S. (1916). *Lecciones introductorias al psicoanálisis* (Conferencia 25: La angustia) (J. Etcheverry, Trad.). Buenos Aires: Amorrortu Editores

- Freud, S. (1925). *La negación*. Escuela de Filosofía Universidad ARCIS. <https://elespressodoble.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/01/32730964-sigmund-freud-la-negacion.pdf>
- Freud, S. (1993). *Las metamorfosis de la pubertad* (Tomo VII, *Tres ensayos de teoría sexual*). Amorrortu Editores.
- García, R., & De La Barra, F. (2005). Hospitalización de niños y adolescentes. *Revista Médica Clínica las Condes*, 16(4). <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hospitalizacion-ninos-adolescentes-X071686400532053X>
- Goffman, E. (2003). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu. <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>
- González Caro, C. H., Valencia Upegui, H., & Bersh Toros, S. (2006). Intervenciones psicoterapéuticas en los pacientes con enfermedad médico-quirúrgica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 72-91. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615417006.pdf>
- Granados Castro, D. V., & García Sura, A. G. (2024). Percepción de las juventudes sobre la calidad de atención en los Servicios de Salud Amigables. *ALERTA Revista Científica del Instituto Nacional de Salud*, 7(1), 50-58. <https://doi.org/10.5377/alerta.v7i1.16160>
- Hargreaves, D. S. (2014). Learning to Listen: Delivering Patient-Centered Care for Adolescents. *Journal Of Adolescent Health*, 55(4), 463-464. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.07.013>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Iglesias Diz, J. L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, XVII(2), 88-93. <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
- Islas, P., & Antonio, J. (2010). La discriminación sobre jóvenes. Un proceso de construcción. *El Cotidiano*, 25(163), 35-44. <https://biblat.unam.mx/hevila/EICotidiano/2010/no163/5.pdf>

- Jamalimoghadam, N., Yektatalab, S., Momennasab, M., Ebadi, A., & Zare, N. (2019). How do hospitalized adolescents feel safe? A qualitative study. *Journal Of Nursing Research*, 27(2), e14. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000285>
- Kvale, S. (2011). *La entrevista cualitativa*. Madrid, España: Morata. <https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/article/view/556/508>
- Mina Estupiñan, M. (2021). *Percepción de cuidado humanizado en adolescentes con puerperio inmediato, Hospital Básico de Borbón, Esmeraldas*. <https://repositorio.puce.edu.ec/items/d5fcd015-1e81-4080-81a0-42a2acda526b>
- Ministerio de Salud Pública. (2023). *Manual de Atención integral en salud en adolescentes 2023*. UNFPA-Ecuador. <https://ecuador.unfpa.org/es/publications/manual-de-atenci%C3%B3n-integral-en-salud-en-adolescentes-2023>
- Lacan, J. (1954). *Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires: Paidós. <https://www.praxislacanianana.it/wp-content/uploads/2021/08/seminario.pdf>
- Lacan, J. (1955). *El seminario, libro 3: Las psicosis* (Ed. Paidós). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1961). *El seminario, libro 9: La identificación*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964) *The Split between the Eye and the Gaze*. In *The Four Fundamental Concepts of Psychoanalysis*. Trans. Alan Sheridan. New York: Norton (1978). 67-78.
- Lacan, J. (1964). *El Seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (J.-A. Miller, Ed.; Trad. D. Rabinovich). Paidós.
- Lacan, J. (1966). *Escritos*. Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1969). *El seminario, libro 17: El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lemmel, I. C. (2024). *Las hormonas de la felicidad: El poder de la SEROTONINA, la OXITOCINA, la DOPAMINA y las ENDORFINAS para mejorar tu bienestar*. Editorial AMAT.

- Orcena, A., Verma, S., Vallas, M., Tendler, L., Bloch, E., & Johnston, M. (2020). *What Is Medical Trauma in Teens?* Evolve. <https://evolvreatment.com/blog/teen-medical-trauma/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Salud del adolescente*. [https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2024). *Mental health of adolescents*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2024). *Adolescent and young adult health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Ortiz, M.J. (1999). *El desarrollo emocional*. En F. López et al. (Coord.). *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide, 95-124.
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E., & Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112. <https://doi.org/10.14349/sumapsi2009.136>
- Postigo-Zegarra, S., Schoeps, K., Pérez-Marín, M., Lacomba-Trejo, L., & Valero-Moreno, S. (2024). Personal and family factors for emotional distress in adolescents with chronic disease. *Frontiers In Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1304683>
- Plan de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024-2025 – Secretaría Nacional de Planificación. (s. f.). <https://www.planificacion.gob.ec/plan-de-desarrollo-para-elnuevo-ecuador-2024-2025/>
- Rodríguez Dueñas, P. M. ., Díaz Pincay, A. O. ., Bajaña Pinela, M. A. ., & Moreno Álvarez, K. D. R. . (2024). Estudio comparativo de los cuidados humanizados en los servicios clínicos según percepción de los usuarios en un hospital, Guayaquil 2021. *RECIAMUC*, 8(3), 257-271. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(3\).sep.2024.257-271](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(3).sep.2024.257-271)
- Rosenblum, G. D., & Lewis, M. (2003). Emotional Development in Adolescence. *Blackwell Handbook Of Adolescence*, 269-289. <https://doi.org/10.1002/9780470756607.ch13>
- Sandín, E. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y Tradiciones*. (1.a ed.) [McGraw Hill]. Interamericana de Tradiciones". Madrid. Mc Graw and Hill Interamericana de España. Scielo.

[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-97922005000300007](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-97922005000300007)

- Santiago Romero, E., Trolice, M. P., Barranquero Gómez, M., & Salvador, Z. (2022). *Hormonas sexuales masculinas y femeninas - ¿Qué funciones tienen?* Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/hormonas-sexuales/>
- Sawyer, S. M., Ambresin, A., Bennett, K. E., & Patton, G. C. (2014). A Measurement Framework for Quality Health Care for Adolescents in Hospital. *Journal Of Adolescent Health, 55*(4), 484-490. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.01.023>
- Silva, G. (2014). *El psicoanalista en el ambiente hospitalario*. Sociedad Psicoanalítica de México A. C. <https://spm.mx/2018/el-psicoanalista-en-el-ambiente-hospitalario/>
- Souza, L. P., Pletes Dos Santos, D., Pereira de Carvalho, G., Dos Santos Barbosa, J., Botelho Vinholes, D., & Wesner Viana, A. C. (2024). Analysis of the quality of life in children and adolescents undergoing cancer treatment. *Revista Da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. <https://doi.org/10.31508/1676-379320230032i>
- Stevens, A. (1998). *La adolescencia, síntoma de la pubertad*. Buenos Aires: Ediciones Labrado.
- Stevens, A. (2001). *Clínica de la Infancia y la adolescencia*. Córdoba: Babel Editorial
- Stevens, A. (2006). *Psicoanálisis de la adolescencia*. Buenos Aires: Amorrortu
- Stevens, A. (2011). *Nuevos síntomas en la adolescencia*. Alexandre Stevens (Bruselas). Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano. <https://elp.org.es/nuevos-sintomas-en-la-adolescencia-alexa/>
- Stevens, A. (2019). *La adolescencia, síntoma de la pubertad*. Fort-da. <https://www.fort-da.org/fort-da13/stevens.htm>
- Tamburini, M., Gangeri, L., Brunelli, C., Boeri, P., Borreani, C., Bosisio, M., Karmann, C. F., Greco, M., Miccinesi, G., Murru, L., & Trimigno, P. (2003). Cancer patients' needs during hospitalisation: a quantitative and qualitative study. *BMC Cancer, 3*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2407-3-12>

- UNFPA. (2024). *Ecuador fortalece la atención integral en salud para adolescentes*. UNFPA-Ecuador.  
[https://ecuador.unfpa.org/es/news/ecuador-fortalece-la-atenci%C3%B3n-integral-en-salud-para-adolescentes?utm\\_source](https://ecuador.unfpa.org/es/news/ecuador-fortalece-la-atenci%C3%B3n-integral-en-salud-para-adolescentes?utm_source)
- UNICEF. (2020). *La violencia contra niñas, niños y adolescentes tiene severas consecuencias a nivel físico, psicológico y social*.  
<https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/la-violencia-contra-ni%C3%B1as-y-adolescentes-tiene-severas-consecuencias-nivel>
- Villalobos Guevara, A. M. (1999). *Desarrollo psicosexual*. Scielo.  
[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41851999000100011](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100011)
- Yuni, J., & Urbano, C. (2014). Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación.  
<https://abacoenred.org/wpcontent/uploads/2019/01/LIBRO-T%C3%A9cnicas-para-investigar1.pdf>
- Zas Ros, B. (2016). *Experiencias en psicología hospitalaria*. ALFEPSI.  
<https://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2011/11/Psicologia-Hospitalaria-Barbara-Zas.pdf>
- Zehrun, R., Reddy, M., & Chen, Y. (2024). Transitioning Together: Collaborative Work in Adolescent Chronic Illness Management. *Proceedings Of The ACM On Human-Computer Interaction*, 8(CSCW2), 1-24. <https://doi.org/10.1145/3686956>

## **ANEXOS**

### **Anexo 1**

#### **Consentimiento Informado para participantes de entrevista**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es dirigida por Eileen Yamila Arellano Durango & Alba Valentina López Becilla de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El objetivo general de la investigación es analizar la influencia de lo real de la adolescencia, el trauma de la contingencia médica y los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción, el cuerpo y la imagen en adolescentes en contextos hospitalarios por medio del enfoque cualitativo para generar una reflexión académica que sensibilice al personal hospitalario

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá la participación en una entrevista semiestructurada. Esto tomará aproximadamente entre 15 a 30 minutos de su tiempo. Lo que se converse o discuta durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado y se tomará una foto para evidencia.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las intervenciones, las grabaciones serán borradas

Si tiene alguna duda puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Si alguna de las preguntas de la entrevista semiestructurada le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

## **Anexo 2**

### **Transcripción de entrevistas a profesionales**

#### **Entrevista a psicóloga 1:**

##### **1) Desde su experiencia como psicóloga clínica, ¿cuáles son los desafíos que ha enfrentado al momento de trabajar con adolescentes?**

Tengo aproximadamente 13 años trabajando en el hospital, me encanta trabajar con los adolescentes, me encanta porque me parece que es uno de los desafíos más grandes que tiene el especialista porque pues hay toda esta teoría de que el adolescente es súper difícil por los cambios que hay, físicos orgánicos, mentales, psicológicos, psicosociales. Hay muchos cambios de manera corporal y ahí irrumpe lo real en ese aspecto de cuando pasa de niño púber a adolescente que a mí me impresiona. Esa etapa de la adolescencia es la transición justamente para pasar a la adultez y está en ese de que es adulto cuando no debe y es niño cuando no debe de serlo. Está en esa confusión de cuándo debe ser niño, de cuándo debe ser adulto, de estar dejando algo que ya no puede ser, de los duelos de aquello que en algún momento pasó. Todo esto incluye la búsqueda de autonomía pues que literal se ve reflejada en resistencias a la autoridad entonces aquí en mi experiencia pues no debo mostrarme como tal. Más que mostrarme, él no debe verme así porque sino tiene toda esta confusión de que posiblemente voy a hablar con los padres. Incluso en alguna ocasión sí me ha pasado que los chicos hacen su tachadura al especialista y eso puede complicar un poco el rapport o la alianza que se pueda realizar con ellos. Otra cosa que suele pasarme es cuando están desbordados emocionalmente, pero los cambios son como que muy bruscos, de repente están eufóricos y pasan a un llanto. Dentro de mi experiencia hospitalaria he podido averiguar, he podido leer y conversar con otros especialistas y tiene que ver bastante con los cambios hormonales y las presiones sociales. En el hospital pasa muchísimo con los adolescentes sobre todo en relación al diagnóstico, tienes al que tiene muchísimo miedo, al que quiere estar enfermo, al que dice que no tiene nada, a veces ese aislamiento que tienen incluso de no integrarse, a veces los puedes encontrar muy vulnerables y hasta se hacen amigos de los más chiquititos. También no van a mostrar debilidad para nada porque no quieren

mostrarse así. También las redes, el tiktok, el instagram, a veces se graban o averiguan en chatgpt lo que tienen, qué pueden hacer, tienen también el beneficio de la enfermedad de que así todo el mundo lo atiende de que así los papás van a estar más tiempo haciendo lo que ellos quieran, es como su momento para aprovechar de todo eso.

**2) ¿Considera que recibir un diagnóstico médico delicado (enfermedad catastrófica, crónica, o que impliquen tratamientos invasivos o amputaciones) puede intensificar la crisis adolescente?**

Por supuesto que sí, ya que justamente en esta etapa ellos están buscando una identidad donde en teoría ellos confunden muchísimo los roles, hacen lo que no tienen que hacer y no hacen lo que tienen que hacer. Digo tienen en relación al checklist que hay de lo que en teoría el ser humano dentro de la sociedad cumple, como las reglas, la autoridad, el respeto, los valores y ellos como que confunden todos estos roles donde en ese afán de querer tal vez como hacer valer su identidad o poner su marca propia o tener un sentido de pertenencia suelen ser un poco desafiantes frente a autoridades o de querer estar enfermos, es loquísimo lo que te digo, pero se ha visto un montón ya que pues a veces este tipo de diagnósticos catastróficos o crónicos, no en todos, son extremos no hay medios. Son netamente súper enfermizos o súper vulnerables o son terriblemente fuertes. En los chicos que son más vulnerables sí se exagera un poco más la inseguridad, son más dependientes y como se pone un poco en juego esto de querer ser independiente de al menos en el área de quemados de querer verse bien, ahí toca lo real cuando algo del cuerpo se ha quemado, más que todo las partes íntimas preocupa muchísimo. Cuando se han quemado parte de sus genitales esto pudiera de alguna manera hacer que el chico entre en lo real porque pone en juego la sexualidad, la imagen, la parte simbólica, es una situación terrible para el adolescente y esto lo que puede hacer es que entre más en crisis o que incluso llegue a la melancolía. Hay como un aislamiento emocional, se ponen agresivos con las enfermeras, a veces se golpean en la cama o botan la medicación. En el área de quemados cuando la situación irrumpe más en el cuerpo no quieren hacerse los baños medicados.

**b) ¿Considera que la crisis de la adolescencia se manifiesta de manera distinta en un entorno hospitalario que en un entorno cotidiano?**

Fuera del hospital a mí me impresiona que es un poco más de aislamientos, de consumir muchísimo los dispositivos, tal vez hay muchos más pensamientos rumiantes o intrusivos acerca de qué le pasó, que si fue un castigo y entra la parte religiosa y esto viene un poco mediado por el discurso de la familia “esto es porque te portaste mal” “esto es porque no haces tus deberes”, etc. Los chicos que vienen quemados no precisamente son de un estatus social medio/alto siempre es medio muy bajo porque son los chicos que tienen más acceso al fuego o a los cables a todo esto que se da más en ambientes que son más rurales o más abiertos hacia los espacios de campo. Hay más pensamientos rumiantes, hay más baja autoestima, no comen, no duermen.

Definitivamente, el hospital es un entorno institucional que te limita, no puedes ponerte en la postura que en ocasiones te pones en casa. O bien se aprovecha el momento y justo está vulnerable y pues los padres pueden hacer todo lo que ellos piden o bien es el momento de “éxito” para ellos para ponerse un poco más desafiantes, sin embargo, se ven un poco más limitados porque el médico hace de autoridad y les dice “aquí no”. Y si ya está muy exacerbado llaman a psiquiatría. Es como más limitado esa rebeldía ese desfogue que ellos tienen. Entonces pues ellos se quedan con eso adentro o bien se lo acalla el médico psiquiatra y pues obviamente hacen más síntomas somáticos o se deprimen más. En cambio, en un entorno más cotidiano, en su casa, pienso que hay más libertad para ser como ellos quieren ser.

**3) ¿Considera usted que existen diferencias en el sentir y la vivencia del cuerpo entre adolescentes hospitalizados por enfermedades o procedimientos quirúrgicos y los que llegan por somatización?**

Obviamente, los que están hospitalizado por alguna situación porque está quemado, que tiene algún diagnóstico crónico sea por leucemia o algún otro cáncer o por un tumor o por alguna situación neurológica siempre está tal

vez considerado como un poco más frágil y esto hace que el adolescente pueda sentirse un poco avergonzado, un poco débil por ciertas cosas que han dejado marcas en el cuerpo, todas esas secuelas que quedan en el cuerpo que marcan o que dejan una huella de que aquí pasó algo pues obviamente lo pone en esa postura de sujeto frágil. En cambio, los que somatizan, llegan con pseudocrisis como crisis epilépticas, pero que no tienen ningún tipo de causalidad orgánica no es nada neurológico o aquellos que se les duerme la mitad del cuerpo o aquellos que llegan con muchos problemas gastrointestinales y que los internan. En esta somatización sabemos que va avisando todo lo que la mente tiene o ese síntoma su cuerpo lo expresa, expresa eso que no puede decirlo. Es como que el cuerpo le protesta, el cuerpo se revela con situaciones familiares, internas, sociales. En ambos casos a veces hay una hipervigilancia médica, hay como esto de estar viendo, los médicos descartan todo lo orgánico y eso cobra un poco más de relevancia a salud mental porque la llegada del psicólogo es fantástica porque el psicólogo debe decir que es somático, identificar este tipo de cosas para luego darle lugar al especialista de salud mental, en ese aspecto me parece maravilloso. Se suele decir que esto es por llamar la atención porque pues todavía no hay conocimiento en su totalidad acerca de las somatizaciones entonces para los doctores aquello es no tener nada, pero sí tienen, tienen una somatización, pero como no es tangible a veces para el médico es “no tiene nada”.

#### **4) ¿Cuáles son las principales resistencias o defensas que ha podido observar en los adolescentes con respecto a su diagnóstico y a los procedimientos médicos en el contexto hospitalario?**

La primera, la más común, la de los adolescentes y la de los padres es la negación de entrada. A veces la proyección, la poca implicación porque no es por ellos, es por la mamá, el papá, no quieren a veces el tratamiento y a veces no son los adolescentes sino los padres. No quieren tomarse los medicamentos porque tienen esta investidura de que son súper inmortales. El aislamiento porque no quieren dar pena, no quieren compasión, se pone en relevancia lo que es el orgullo. Cuando hay amputaciones eso es otro mundo porque hay un quiebre terrible, los médicos hablan del miembro

fantasma también. Todas estas cosas es un duelo de lo que murió en el adolescente, es un poco complicado, enseguida se pone en juego ese yo frágil, el sufrimiento, la negación, son como muchísimos mecanismos defensivos que hay, un inconsciente desbordado y me atrevo a decirte con muchos brotes psicóticos.

**5) ¿Qué rol juega el personal de la salud, la familia y los pares en el bienestar orgánico como psicológico en los adolescentes hospitalizados o con algún padecimiento crónico?**

El personal, la gran mayoría está preparado para eso. Están adaptándose, capacitándose. El personal que esté con este tipo de adolescentes es importantísimo para la contención para reducir la ansiedad, para estos brotes psicóticos cuando hablo de salud mental hablo del psiquiatra, del psicólogo porque a veces los médicos les dan ansiolíticos para que mientras estén en el tratamiento no haya tanto dolor emocional o mental, le dan terapias del dolor. Se trabaja con la familia en la parte emocional, en orientación, en tratar de que no lo victimicen ni lo sobreprotejan o que les escondan la verdad, cuando hay un accidente o pasa algo no le quieren contar, si alguien falleció en el accidente no le quieren decir, si tiene cáncer no se lo quieren decir porque están esperando que alguien más se lo diga. Son como todos estos matices en donde pues de entrada lo primero es la psicoeducación para no solo trabajar con los padres para que aborden el tema sino también trabajar con el adolescente. En cuestión de los pares no sabría decirte tanto de esta situación porque en realidad yo solo los veo en contexto hospitalario, no los veo cuando regresan a su casa o cuando están en la parte académica, sin embargo cuando los he visto en la consulta externa, sé que dentro de los pocos chicos que he podido volver a ver, en esa relación cuando retorna de manera online o cuando lo van a visitar a la casa hace que se normalice la situación porque hay apoyo porque estos niños que visitan a estos adolescentes ya vienen trabajados por los padres de los amigos “fulano tiene tal no vayas a estar haciendo preguntas”, hay muchísima empatía y esto reduce un poco el dolor emocional del adolescente y se sigue trabajando de manera multidisciplinaria y pues eso hace que mejore muchísimo el tratamiento, se

adhiera mejor el adolescente, se toma la medicación y hace las terapias que tenga que hacer.

## **6) ¿Cuáles son los desafíos que surgen al trabajar con lo real de la adolescencia dentro de un contexto hospitalario?**

Es lidiar con lo impredecible porque pues no sabes lo que va a pasar con lo real del adolescente, con los cambios del cuerpo, con los cambios de la imagen, con los cambios incluso de la forma en la cual se relaciona con los pares, con el dolor, con la posibilidad de la mortalidad, con la rumiación de qué va a pasar, con ese desgaste emocional de tanto pensar qué va a pasar y las preguntas que hace sobre aquello, qué va a pasar a dónde va a ir si se muere, etc. Uno devuelve un poco eso para saber cómo la familia ha manejado la conceptualización de la muerte y qué significa la muerte para el niño. Son preguntas que no importa que yo tenga 13 años, cuando las hace un niño o un adolescente sigue sorprendiendo un poco porque no deja de sensibilizar esa temática más aún cuando sabes que el destino final del niño o del adolescente es muy próximo hacia la muerte entonces la pregunta clave que siempre hacen es “¿Usted sabe cuándo me voy a morir?” Ese desafío personal que para eso uno va a terapia, esa pregunta sin respuesta, ese real puro y que está sin hablarse incluso que le ha atravesado el cuerpo al adolescente es súper complicado.

### **A) ¿Cómo considera que un adolescente debe ser acompañado ante lo real de una valoración médica para que logre una resignificación positiva en cuanto a su imagen y autopercepción?**

El poco conocimiento que ellos tengan acerca del abordaje mental de cómo hacer con los niños, los médicos han encontrado una forma espectacular. Son empáticos, han aprendido mucho a validar las emociones, antes ellos no podían con eso, era un real para el médico, no querían que se enojen, no querían que llore. Toda esta psicoeducación que se ha dado algunos años, la capacitación de los médicos acerca de normalizar que el niño esté así porque es quien está padeciendo. Los médicos a veces se sientan y se involucran un poco más emocionalmente preguntando sobre sus vidas, de lo que esperan o les dan esperanzas al preguntarles por el futuro de qué es lo que quieren hacer cuando salgan del hospital. A veces

les hacen rehistorizar desde que entraron hasta cómo están ahora, de los avances que han tenido. Se trata de buscar una forma muy empática, muy bonita y muy humana de acompañar eso tan doloroso y real que está pasando el adolescente para que pueda tener una aceptación del diagnóstico convirtiendo a los médicos en un apoyo para ellos.

### **7) ¿De qué manera el dolor físico y el sufrimiento psíquico causado por una contingencia médica afecta la configuración de una nueva imagen en los adolescentes hospitalizados?**

Bueno pues, sabemos que el dolor físico en teoría sí afecta la confianza un poco, en las partes del cuerpo va generando como una imagen fragmentada. El sufrimiento psíquico va ocasionando como culpa, vergüenza y en los adolescentes, acorde a mi experiencia, a mi trabajo es como que hace una imagen como de víctima o como de sobreviviente, vive así el cuerpo. En algunas ocasiones he podido ver que, por ejemplo, cuando tiene cicatrices o cuando queda alguna marca en el cuerpo es visto como el sobreviviente, como si hubiera venido de una guerra. A veces este tipo de marca que va quedando en el cuerpo sobre todo en el área de quemados o cuando hacen algo que tenga que ver con cicatrices, he podido detectar que algunos se victimizan muchísimo otros lo ven como que han sobrevivido a algo y el discurso de los padres sí los empoderan un poco en eso y la terapia se trata de sacarlos de esa postura de víctima.

#### **A) ¿Cómo afecta la contingencia médica en la construcción de la identidad en la adolescencia?**

Es probable que debido a que tienen este rol que escuchan en el hospital que es “un paciente crónico”, “es un paciente grave”, “es un paciente con mal pronóstico”, lo limitan a hacer sus actividades que capaz antes hacían o que en algún momento querían hacer como jugar fútbol, hacer ballet, gimnasia olímpica, etc. Eso hace que de alguna manera se salten esa parte acelerando la “madurez”, es como que aceleran aquello que sí o sí tienen que ser maduros. Esto ocasionando también más inseguridades y dejando un poco a un lado las actividades que querían hacer. Sí me impresiona que al hacer esta aceleración de esta madurez que la gran mayoría es como que

reconstruyen una identidad mucho más audaz, aunque no es de la mejor manera.

**8) Desde su experiencia profesional ha ubicado factores que incidan en la aceptación de manera favorable del adolescente ante un dx. o contingencia médica.**

En los factores de un diagnóstico positivo temprano, claro, muy bien explicado, resulta que el soporte de la familia es importantísimo, que puedan tener acceso a las terapias. Vienen chicos de clases media y baja y muchos no tienen aceptación entre sus pares de otros familiares, otros no tienen acceso a terapias psicológicas por una cuestión de recursos financieros. Sin embargo, comienzan estos adolescentes debido a esto que pasaron, viéndole lo positivo, comienzan a tener un poco más de resiliencia, algunos están demasiado optimistas al tratamiento y eso influye un montón en la dirección de la cura médica o en el tratamiento que es paliativo y pues también en las intervenciones que se van realizando, la psicoeducación que se realiza a los padres en normalizar este proceso en la vida de ellos.

**A) ¿Ha podido observar diferencias entre adolescentes que pueden expresar su malestar más allá de un diagnóstico de adolescentes que guardan silencio?**

Absolutamente, aquellos que puedan tal vez verbalizarlo, que puedan expresarlo ya sea a través de la palabra o a través incluso de la escritura, por supuesto que pueden procesar mejor este tipo de situación. Reduce un poco lo que es la tristeza, la depresión, hay mejor adherencia al tratamiento porque ellos colaboran un montón, en cambio los chicos que no quieren hablar, guardan silencio o no quieren mencionar, sí es muy visible que son chicos un poco más resentidos, somatizan más, tienen más problemas de constipación, tienen más pensamiento intrusivos, hay conductas más autodestructivas a veces, se quitan los catéteres, no quieren, se oponen y eso hace que la recuperación sea mucho más lenta, más difícil. Que incluso los médicos y en algunas ocasiones las enfermeras, esto es en una infidencia que te digo, tengan un poco de aversión porque el adolescente se pone agresivo y van como con cuidado, tienen que hacer el trabajo obviamente, pero sí les causa un poco de resistencia.

**9) ¿De qué manera el abordaje por parte del personal de la salud influye en la aceptación o rechazo del diagnóstico y en la recuperación de los adolescentes?**

Bastante, tiene mucho que ver. Cuando las enfermeras, los médicos son bastante empáticos, le explican al adolescente porque eso fue una campaña que se tuvo que hacer porque solo se dirigían al adulto, y el paciente es el adolescente, nos dirigimos al niño a menos que tuviera un retraso mental, el niño también puede comprenderlo y hasta tomarlo de mejor manera que el adulto. Entonces cuando se realizan este tipo de cosas a pesar de que no es al cien, algunos según la historia familiar o cómo haya sido la conceptualización familiar acerca de lo que es estar enfermo o estar en algún diagnóstico lo que sí se ha notado es que hay más aceptación por parte de los chicos. Se explica todo, cómo llegó, qué pasó, cuál va a ser el tratamiento y esa parte empática humanizada hace que el chico también haga preguntas y se involucre en el tratamiento, se impliquen. En cambio, cuando el personal, la verdad que lo he visto poco, quizás con niños más chiquitos, no lo he visto en adolescentes, no los obligan. Corro con la suerte que en mi institución donde estoy no los obligan sino que siempre le están pidiendo permiso al adolescente porque ese el asentimiento informado también por una cuestión legal, pero tal vez en la consulta externa que se ha visto que cuando los especialistas por el poco tiempo que tienen, porque claro tú pasas visita por hospitalización y tienes como una hora para explicar, pero en la consulta externa tienes 15 minutos entonces ahí en cambio se da algo más autoritario entonces los adolescente se vuelven más desconfiados, ya no quieren, no simpatizan con el especialista y eso repercute un montón en la recuperación.

**10) ¿Existen diferencias notables en la subjetividad de adolescentes que han atravesado un diagnóstico médico de aquellos que no?**

Absolutamente, los que han atravesado un diagnóstico desarrollan, a mi impresión, una subjetividad mucho más receptiva, más reflexiva, más empática con mayor ímpetu de seguir. Ahora también se hace súper ansioso, no tanto depresivo, pero sí hay como mucho pensamiento de qué

va a pasar. En cambio, los no afectados mantienen una subjetividad más ingenua que está un poco más centrada en preocupaciones cotidianas. Sin embargo, sí tenemos la política de que sí se debe avisar al paciente lo que tiene y acorde a la edad que tiene va la explicación. Quizás los chicos que no han atravesado estos diagnósticos están más preocupados por otras cosas de la vida como la play, el último iPhone, etc. Quizás no está tan aterrizado a situaciones médicas debido a que no las han atravesado, como todo en la vida, con adultos también pasa lo mismo y con los niños también pasa lo mismo de que si no han atravesado algo de esto, pueden ser empáticos, pero no tan reflexivos con esa parte de la salud.

**A) ¿Considera que vivir internaciones prolongadas resulta más traumático para los adolescentes?**

Claro que sí, las internaciones lo aíslan de sus pares, de su vida cotidiana, de sus rutinas, el estar al lado de un niño que está llorando o tiene otra enfermedad, suelen tener más estrés postraumático, no hay tanta interacción social. Es más traumático desde muchas aristas, les cambia todo, sus rutinas, hay mucho más ruido visual y auditivo porque hay más niños de otras edades, el adolescente se irrita un poco más por no estar en su espacio.

**11) ¿Cómo se manifiestan los duelos por la pérdida de un cuerpo sano y de la imagen en los adolescentes?**

Aparecen todas estas etapas que conocemos, la negación, la ira, a veces en contra del médico, la ira consigo mismo, la negociación, si va a ser bueno pero que ya no lo operen, la depresión, comienza a aislarse y después de tantas semanas la aceptación de esta nueva imagen. En los adolescentes más que en los niños es mucho más complejo y difícil trabajar el duelo, algunos llegan a tener conductas infantiles, hacen acting outs como protesta como reclamos, algunos nunca logran hacer porque no tienen el acompañamiento del duelo de ese cuerpo anterior constantemente, cada día resaltan eso anterior sin haber trabajado el cuerpo actual y real que ahora tienen entonces no logran simbolizarlo y es terrible porque a veces llegan a la depresión, a la melancolía e incluso a tratamientos psiquiátricos.

## **Entrevista a psicóloga 2:**

**1) Desde su experiencia como psicóloga clínica ¿cuáles son los desafíos que ha enfrentado al momento de trabajar con adolescentes?**

Considero que la mayor dificultad está en la capacidad propia de estar a la altura de la época, de poder leer los nuevos elementos que aparecen como recursos para los sujetos adolescentes. Otra de las complicaciones a considerar es la apertura a esa lengua extraña que trae el adolescente y a partir de ello hacer del encuentro un alojamiento que permita que dos hablen la misma lengua.

**2) ¿Considera que recibir un diagnóstico médico delicado (enfermedad catastrófica, crónica, o que impliquen tratamientos invasivos o amputaciones) puede intensificar la crisis adolescente?**

Si el adolescente por el momento estructural que cursa se ve confrontado al agujero de la sexualidad, pienso que recibir un diagnóstico podría dar lugar a la intensificación de la angustia; en tanto se trata de la producción de un agujero al cual es sujeto se ve confrontado en lo real del cuerpo.

Ambos como retorno a esa pérdida primaria que constituye al sujeto.

**a) ¿De qué manera cree que puede manifestarse en el adolescente tanto dentro de un contexto hospitalario como fuera de éste?**

A través de síntomas, pasajes al acto, toxicomanías, actos de violencia y la negativa ante el Otro institucional.

**b) ¿Considera que la crisis de la adolescencia se manifiesta de manera distinta en un entorno hospitalario que en un entorno cotidiano?**

Creo que genera un cambio en tanto no hay esfera privada, el sujeto está expuesto a la escena pública del personal de salud.

**3) ¿Considera usted que existen diferencias en el sentir y la vivencia del cuerpo entre adolescentes hospitalizados por enfermedades o procedimientos quirúrgicos y los que llegan por somatización?**

En ambos casos la angustia toca los cuerpos en esa materialidad que llamamos lo orgánico, en la extensión del cuerpo que es la piel.

Teóricamente decimos que tenemos un cuerpo en tanto se goza de él, y eso es estructural a los sujetos.

**4) ¿Cuáles son las principales resistencias o defensas que ha podido observar en los adolescentes con respecto a su diagnóstico y a los procedimientos médicos en el contexto hospitalario?**

La negación

**5) ¿Qué rol juega el personal de la salud, la familia y los pares en el bienestar orgánico como psicológico en los adolescentes hospitalizados o con algún padecimiento crónico?**

Los aparatajes institucionales buscan el bien-estar del paciente a través de los recursos que les son próximos, la medicación, como vía para acotar el dolor corporal... de lado de la familia en el mejor caso está la presencia y las palabras.

**6) ¿Cuáles son los desafíos que surgen al trabajar con lo real de la adolescencia dentro de un contexto hospitalario?**

Considero desafiante operar en una temporalidad variable, que está determinada por varias vértices. Se trata de crear un hacer en los intersticios del deber hacer, bajo la orientación de la política del síntoma en el uso de un psicoanálisis aplicado.

**a) ¿Cómo considera que un adolescente debe ser acompañado ante lo real de una valoración médica para que logre una resignificación positiva en cuanto a su imagen y autopercepción?**

Con paciencia, entendiendo que es el tiempo y los recursos de cada sujeto.

**7) ¿De qué manera el dolor físico y el sufrimiento psíquico causado por una contingencia médica afecta la configuración de una nueva imagen en los adolescentes hospitalizados?**

Por el surgimiento de una nueva opacidad que requerirá de un trabajo de renuncia y de investidura libidinal.

**a) ¿Cómo afecta la contingencia médica en la construcción de la identidad en la adolescencia?**

En la posibilidad de cesión de elementos significantes.

**8) Desde su experiencia profesional ha ubicado factores que incidan en la aceptación de manera favorable del adolescente ante un dx. o contingencia médica.**

La aceptación de un diagnóstico creo que es una contingencia que no debe pensarse como regla general de las buenas o malas formas.

**a) ¿Ha podido observar diferencias entre adolescentes que pueden expresar su malestar más allá de un diagnóstico de adolescentes que guardan silencio?**

Creo que la diferencia es consustancial al uso de los recursos simbólicos que permiten todo el desenvolvimiento de la metáfora, la metonimia... en lugar del aprisionamiento a un goce silencioso.

**9) ¿De qué manera el abordaje por parte del personal de la salud influye en la aceptación o rechazo del diagnóstico y en la recuperación de los adolescentes?**

Creo que tiene una incidencia relevante, en tanto es el personal médico quien está en posición de “tener” el saber sobre el futuro de esa vida.

**10) ¿Existen diferencias notables en la subjetividad de adolescentes que han atravesado un diagnóstico médico de aquellos que no?**

Me parece que por definición pensar en la subjetividad nos moviliza a considerar las diferentes escenas que dejan huella en esa construcción. Pienso en la intensidad con la que el discurso médico podría tocar el cuerpo de un infante, la fantasmática de los padres y las marcas sobre el cuerpo. En la adolescencia me parece que esas marcas entran en relevancia en tanto pasan por la mirada del otro, del partenaire y los pares.

**a) ¿Considera que vivir internaciones prolongadas resulta más traumático para los adolescentes?**

Considero que puede resultar agotador y que aquello se manifieste de diferentes formas. La estancia hospitalaria aprisiona el cuerpo y lo reduce a

la posición de objeto ante los diversos procedimientos (inyectar, operar, canalizar, entubar)

**11) ¿Cómo se manifiestan los duelos por la pérdida de un cuerpo sano y de la imagen en los adolescentes?**

Puede pasar por el lugar del rechazo, del daño personal en la omisión de los tratamientos, de la búsqueda de vivir por fuera del rótulo de enfermo.

**Entrevista a psicólogo 3:**

**1) Desde su experiencia como psicólogo clínico ¿cuáles son los desafíos que ha enfrentado al momento de trabajar con adolescentes?**

El primer desafío es que, por lo general, si hablamos de la consulta privada, los adolescentes no llegan bajo sus propios medios, sino que por lo general son llevados por los padres ya sea por iniciativa de los padres o por derivación del colegio. Son muy pocos los adolescentes que llegan por su propia iniciativa porque se lo pidieron a los padres y estos padres escucharon y los llevaron. Ese es un primer desafío, es un desafío que se reduce mucho cuando uno está en una institución que recibe adolescentes porque ahí no pueden encontrarse con adolescentes que van por su propia decisión. Ese puede ser un gran desafío y otro desafío que se me ocurre ahora también es que bueno siempre digo la adolescencia se acompaña por una fuerte tendencia de desconfiar del otro porque son sujetos que no pueden terminar de confiar ni en sus propios procesos ni en quiénes son ni qué les gusta. Entonces sí me parece que el trabajo con los adolescentes al estar uno posicionado desde el universo de los adultos para ellos sí viene acompañado con una cuota bien grande de desconfianza con algunos chicos, hay otros que no. Hay otros que entran en confianza de inmediato y hablan y son maravillosos. Pensaría en esos dos desafíos.

**2) ¿Considera que recibir un diagnóstico médico delicado (enfermedad catastrófica, crónica, o que impliquen tratamientos invasivos o amputaciones) puede intensificar la crisis adolescente?**

Aquí pienso en el caso a caso, pero sí creo que de forma general un diagnóstico de alguna enfermedad catastrófica que marque la adolescencia

si es que ese adolescente no cuenta con los apoyos tradicionales de la adolescencia que es el grupo de amigos, la inserción, el discurso común compartido entonces yo creería que sí, que eso pudiera afectar mucho más esta crisis de la adolescencia, pero en cambio me parece que si un adolescente recibe ese diagnóstico, pero eso no lo priva ni él se priva de estas otras redes de apoyo típicas de la adolescencia, a pesar del diagnóstico, hay como importantes posibilidades para que ese chico o esa chica pueda transitar mucho de ese tiempo como un adolescente “normal”, entonces creo que se juega un poco en qué tanto ese adolescente en el momento de recibir el diagnóstico cuenta o se corta o se aísla de estas redes de apoyo que construyen los adolescentes.

**b) ¿Considera que la crisis de la adolescencia se manifiesta de manera distinta en un entorno hospitalario que en un entorno cotidiano?**

Pues en realidad no lo sé, no lo sé porque creo que estar hospitalizado para cualquier persona para cualquier sujeto pudiera llevarnos a hablar de las urgencias, una urgencia médica que puede conducir a una urgencia subjetiva y eso no es como propio de la adolescencia entonces tampoco creo que porque esté hospitalizado esa urgencia hable de la crisis de la adolescencia tal cual. Si la hospitalización le limita el acceso a las redes de apoyo entonces sí, claro que va a afectar, pero yo no lo hubiese asociado directamente a la hospitalización con la crisis de la adolescencia, pero sí creo que de cierta forma todo comienza como a desmoronarse para un chico que está hospitalizado mucho tiempo y que ahora sobre todo con las redes sociales puede ver cuánto está disfrutando sus amigos y lo que se está perdiendo.

**3) ¿Qué rol juega el personal de la salud, la familia y los pares en el bienestar orgánico como psicológico en los adolescentes hospitalizados o con algún padecimiento crónico?**

Creo que es un rol esencial para sostener el gusto por la vida. Creo que parte de la crisis de la adolescencia hablando de términos de la identidad y de la personalidad y de las identificaciones, creo que mucho de lo que hablamos de la crisis de la adolescencia en realidad remite a cómo cada

adolescente consigue vivir su vida, encontrar alguna forma de hacer esa vida vivible, disfrutable en cierta medida y me parece que en ese sentido, en la adolescencia pues si está hospitalizado, el personal de salud, los amigos, la familia cumple un rol esencial en sostener y transmitir formas y digamos ofrecer, poner sobre la mesa incluso significantes, estilos, semblantes que sirvan para que este adolescente construya algo de sí que le permita encontrar algún sentido a su vida, encontrar alguna forma de disfrutar de su vida. En pocas palabras si un chico está hospitalizado, desconectado de lo demás, eso lo va a empujar más hacia la muerte que hacia la vida.

#### **4) ¿Cuáles son los desafíos que surgen al trabajar con lo real de la adolescencia dentro de un contexto hospitalario?**

Yo no estoy en un hospital y el tiempo que trabajé en un hospital, los adolescentes que recibía no eran por enfermedades catastróficas porque estaba en el área de salud mental, ellos entraban por consumo de sustancias, entonces los hospitalizaban para que en un par de días el suero les limpie la sustancia del cuerpo y puedan ser dados de alta. En esa experiencia y con esa población que es distinta a la que ustedes están preguntándome, el desafío era muy del lado de los consumidores que reconozcan que están teniendo algún problema. Ahora, si yo me lo imagino, tal vez no del lado de yo estando dentro del hospital sino de lo que he escuchado, pienso en unos tres pacientes adolescentes que han tenido que estar hospitalizados por enfermedades catastróficas. La desesperación que tienen por salir de ahí, por regresar a su vida normal o ideal porque si la enfermedad es muy larga, no llegan a ese punto que esperaban llegar entonces hay algo del ideal que intentan sostener que sienten que se les desaparece y que les urge digamos ir en la búsqueda. Creo que hay el desafío para todo el personal, es intentar conciliar un poco lo que este chico demanda en su tratamiento, no de su tratamiento al médico, sino en el tiempo de este tratamiento poder encajar lo que este chico demanda en ese tratamiento orgánico, médico al mismo tiempo que no puede abandonarlo. Me acuerdo de algún chico que tenía que estar hospitalizado, pero le permitieron salir un fin de semana para que pueda verse con los amigos y él pudo volver como más gustoso a seguir con el tratamiento porque ahí estaba como muy deprimido, pero eso implicaba que el médico corra riesgo porque

es su paciente, es alguien que está con una enfermedad y un tratamiento delicado.

**A) ¿Cómo considera que un adolescente debe ser acompañado ante lo real de una valoración médica para que logre una resignificación positiva en cuanto a su imagen y autopercepción?**

Bueno, de entrada, creo que muchos adolescentes no pudieran terminar de concientizar la gravedad del diagnóstico de entrada. Me parece que muchos no estarían como demasiado conscientes de la mortalidad de ese diagnóstico entonces creo que en primer lugar este acompañamiento implicaría trabajar con mucho cuidado que él o ella pueda ir comprendiendo la gravedad de su enfermedad y digo con mucho cuidado porque también si está acompañado por los padres u otros adultos tal vez estos otros adultos sí entiendan la gravedad y le transmitan mucho de lo que él en este momento pues no comprende porque es un adolescente porque es un joven porque está posicionado desde un lugar en donde pues muchos sienten que bueno el padre va a resolver o los adultos se van a encargar. Entonces creo que en primer lugar debiera ser algo de eso, de ir acompañando como con mucho tacto, qué tanto de esto comprende y que vaya comprendiendo un poco más sobre la gravedad, la mortalidad digamos de ese diagnóstico y digo con mucho tacto porque para nada se va a tratar de solo llevarlo hacia allá sino de que comprenda porque se va a necesitar que este adolescente, que por lo general muchos adolescentes viven como demasiado arraigados en un presente y en una proyección hacia el futuro que es muy limitada y en una enfermedad catastrófica, un desafío bien grande es que estos tratamientos implican no una hospitalización corta, a veces son varias hospitalizaciones e incluso después del alta un tratamiento que debe mantenerse por años incluso. Entonces me parece que hay que trabajar de entrada esto que les decía como para esperar que el compromiso de este chico sea mucho más sólido en este tratamiento que puede durar mucho tiempo.

#### **Entrevista a psicóloga 4:**

**1) Desde su experiencia como psicóloga clínica ¿cuáles son los desafíos que ha enfrentado al momento de trabajar con adolescentes?**

Primero, la resistencia que tienen muchos de ellos en función a la imagen del psicólogo. Segundo, todos los cambios que suelen haber en esta etapa donde se ponen de manifiesto muchos frentes que problematizan al adolescente y claramente es difícil abordarlos en la particularidad a cada uno.

**2) ¿Considera que recibir un diagnóstico médico delicado (enfermedad catastrófica, crónica, o que impliquen tratamientos invasivos o amputaciones) puede intensificar la crisis adolescente?**

Sí, en el adolescente la parte del cuerpo y la imagen ya se trastoca por los cambios de la pubertad y que haya justamente un agravante como una enfermedad o algún tema de intervención médica que trastoque esa imagen justamente se pone como un agravante en función de cómo ellos se van percibiendo. Pensemos también en la parte social de cómo ellos se ven y cómo el resto los empiezan a ver a partir de.

**B) ¿Considera que la crisis de la adolescencia se manifiesta de manera distinta en un entorno hospitalario que en un entorno cotidiano?**

Sí, porque al final en el imaginario que hay en el hospital siempre surgen temas de enfermedad o muerte o finales y al mismo tiempo el tema de lo social se vuelve mucho más frío, mucho más distante. Es un pasillo, un número no es un sujeto, es un paciente, alguien más dentro de la lista. Quizás de lo social de su identidad queda denigrada o vulnerada.

**3) ¿Qué rol juega el personal de la salud, la familia y los pares en el bienestar orgánico como psicológico en los adolescentes hospitalizados o con algún padecimiento crónico?**

Cada uno de estos frentes a nivel social permite que el adolescente si es que está en una situación bastante delicada a nivel de salud y está en el

ámbito hospitalario, permite quizás sostener en algo eso que se está poniendo en juego. La familia como este ente de apoyo de contención, de amor, la parte de los amigos, la cuestión de que aún sigue siendo importante para alguien aparte de su familia, el tema de los médicos, de las enfermeras que también tenga este acercamiento desde la esperanza que todo va a estar bien, de aminorar el dolor o de controlar la evolución de algún tipo de enfermedad o algún cuadro clínico o médico.

#### **4) ¿Cuáles son los desafíos que surgen al trabajar con lo real de la adolescencia dentro de un contexto hospitalario?**

Que es muy difícil para los miembros que están allí poder sostener esto y ponerle un nombre porque ni siquiera el propio equipo médico se les es fácil poder dar una noticia o poder dar algún tipo de intervención que se tenga que hacer. Es muy complicado incluso para ellos decirlo o nombrarlo, mucho más la crisis que se da para la familia de tener que sostener todo lo que se viene después: tratamientos, cambios, medicinas, efectos secundarios y para el mismo paciente, para el mismo adolescente, el sujeto que se ve envuelto entre tantas situaciones alrededor: medicinas, doctores, intervenciones. Al final él tampoco logra entenderlo del todo porque sigue siendo un adolescente que aún no está en la capacidad de entender todo lo que implica a nivel médico, pero sí en nivel subjetivo lo va viviendo y tal vez no lo puede nombrar, como tú lo mencionas, lo real del cuerpo, lo real de la muerte, lo real de la enfermedad. Eso que no se dice, pero que se siente y se vive angustiante. ¿Qué va a pasar después? ¿Qué me pasa a mí ahora? El mañana, el hoy.

#### **A) ¿Cómo considera que un adolescente debe ser acompañado ante lo real de una valoración médica para que logre una resignificación positiva en cuanto a su imagen y autopercepción?**

Debería de tener todo un acompañamiento no sólo médico sino que también psicológico, eso significa que al momento en el que se identifique cuál es el padecimiento o cuál sería el procedimiento médico a seguir se pueda justamente tener la intervención de un psicólogo que permita de alguna u otra manera nombrar eso de una manera mucho menos dolorosa o

de una manera quizás menos angustiante, permitir también el apoyo desde lo social con sus familiares, amigos, visitas, quizás esta conexión con el mundo que a veces se pierde dentro del ámbito hospitalario. El estar hospitalizado y no poder salir, no poder tener contacto con el mundo exterior entonces tal vez esa posibilidad incluso de mantener ese contacto vía lo social, tal vez estas posibilidades de llevar el acompañamiento psicológico, videollamadas, algo que dignifique más el espacio hospitalario sin que simplemente sea una camilla y medicinas y nada más.

### **Entrevista médico 1:**

#### **1) Desde su experiencia como médico pediatra, ¿Cuáles son los desafíos que ha enfrentado al momento de trabajar con adolescentes?**

La verdad es que no suelo atender a muchos adolescentes, porque generalmente, si no tienen una enfermedad de base, no acuden a consulta. Por lo general, son chicos sanos, salvo que padezcan una patología como la diabetes, hayan tenido un accidente, una caída o una fractura. Usualmente, los padres los llevan solo cuando existe una molestia realmente grave.

Cuando uno recibe a un adolescente en el consultorio, lo primero que observa es con quién llega: si viene acompañado de la madre, del padre, de ambos, de un abuelo o incluso de un hermano mayor. Esa información ya nos da una idea sobre la dinámica familiar: si es funcional o disfuncional, cómo se organizan en casa, e incluso qué tan presentes están los padres en la vida del chico. He atendido casos en que una niña de 12 o 13 años llegaba acompañada únicamente por su hermana de 18, porque los padres trabajaban y ella debía hacerse cargo. Todo esto refleja la realidad social y económica de cada familia.

Recuerdo un caso de hace algunos años, cuando atendí a un niño de 12 años acompañado por su hermana adolescente. La razón de la consulta era que el niño ya consumía drogas. Ese tipo de situaciones mostraba una problemática social evidente en nuestro país en aquel entonces.

Ahora, respecto al examen físico, ahí también surgen desafíos importantes. Con los adolescentes, ciertas exploraciones pueden resultar delicadas por el pudor, la intimidad y la posibilidad de malas interpretaciones. Por ejemplo, si tengo que examinar el abdomen, necesito la

presencia del cuidador, sea la madre, el padre u otro adulto de confianza, para que el adolescente se sienta protegido y entienda que lo que estamos haciendo es un acto médico, no otra cosa. Esa presencia también me respalda a mí como profesional frente a posibles malentendidos.

Cuando ejercía en mi medicatura rural, en un pueblito, a veces tenía que dejar la puerta del consultorio abierta mientras atendía a adolescentes, justamente para evitar interpretaciones equivocadas. Si el examen requería que el paciente se quitara la camiseta, yo trataba de ser lo menos invasivo posible.

También hay situaciones en que el género del médico influye. Por ejemplo, una adolescente que llega por un dolor menstrual puede sentir incomodidad al ser examinada por un hombre, y preferiría que la atienda una doctora. En cambio, hace poco tuve un caso en el que la mamá llevó a su hijo adolescente porque tenía un problema en el prepucio. Le pregunté directamente al chico si prefería ser examinado por un hombre o una mujer, y él eligió a un hombre. En ese caso, yo podía hacer el examen con la tranquilidad de contar con su consentimiento y con la madre presente.

Otro punto a considerar es cómo las enfermedades crónicas o complejas impactan en la personalidad del adolescente. Por ejemplo, una niña de 15 o 16 años diagnosticada con síndrome de ovario poliquístico, que suele presentar sobrepeso, crecimiento de vello en el rostro o acné, puede volverse más insegura, retraída o tener dificultades para relacionarse con sus pares. Lo mismo ocurre con un varón que sufre de acné severo: al sentirse afectada su apariencia física, también se ve afectada su autoestima y su manera de vincularse con los demás.

Por lo cual, atender a un adolescente implica no solo ver la parte médica, sino también el contexto familiar, social y emocional.

**2) ¿Considera que recibir un diagnóstico médico delicado (enfermedad catastrófica, crónica, o que impliquen tratamientos invasivos o amputaciones) puede intensificar la crisis adolescente?**

**a) ¿De qué manera cree que puede manifestarse en el adolescente tanto dentro de un contexto hospitalario como fuera de éste?**

Creería que sí porque como ustedes saben, el adolescente es el que adolece y aún está estructurando alguna forma su personalidad. Entonces, Si de por sí es difícil la adolescencia, si ya de por sí es difícil adaptarse a los cambios físicos y emocionales de la adolescencia, un diagnóstico de una enfermedad grave definitivamente impacta. La enfermedad puede influir en su adaptación y desarrollo personal a largo plazo, ya que los adolescentes, que ya de por sí pueden sentirse inseguros por su aspecto físico, pueden sentirse aún más invadidos por una situación de salud tan compleja.

Imaginen que tienen que ingresar al hospital con frecuencia, que no pueden asistir a la escuela de manera regular, que no pueden practicar deportes o asistir a fiestas como sus amigos. Esto limita de forma significativa su vida social y académica, lo que puede repercutir en su bienestar emocional. Además, es importante recordar que la salud no solo se refiere a la ausencia de enfermedad física, sino también a la salud emocional. Un diagnóstico de una enfermedad catastrófica, como el cáncer, afectará el desarrollo emocional y psicológico del adolescente, que se verá distinto a sus pares, perdiendo quizás peso, o presentando cambios en su aspecto físico, como alteraciones en la piel. Todo esto puede afectar su autoestima y su sensación de seguridad, lo que influirá en su desarrollo personal.

**b) ¿Considera que la crisis de la adolescencia se manifiesta de manera distinta en un entorno hospitalario que en un entorno cotidiano?**

Sí, definitivamente. No es lo mismo llevar una vida normal, asistir a la escuela, practicar actividades extracurriculares, reunirse con amigos o familiares, que estar confinado entre cuatro paredes en un hospital, sometido a tratamientos médicos, especialmente si son invasivos, que implican procedimientos dolorosos o constantes inyecciones. Esta situación, además de afectar su salud física, repercute enormemente en su desarrollo

emocional y en su seguridad. En un entorno hospitalario, el adolescente pierde una parte importante de su vida social y personal, lo cual puede agravar la crisis propia de esta etapa.

**3) ¿Cuáles son las principales resistencias o defensas que ha observado en los adolescentes con respecto a su diagnóstico y a los procedimientos médicos en el contexto hospitalario?**

En cuanto a las resistencias, debo mencionar que no he trabajado mucho con adolescentes, y la mayoría de los pacientes que atiendo no enfrentan diagnósticos graves, a excepción de aquellos referidos a instituciones como Solca para tratar cáncer, donde no he tenido experiencia. Generalmente, los adolescentes ingresan por causas como apendicitis, dengue o fracturas. Al principio, un adolescente puede aceptar procedimientos invasivos, pero si estos se repiten con frecuencia, es probable que empiece a rechazar el tratamiento. Como cualquier persona, el adolescente se cansará del dolor, la sensación de estar confinado y de no poder llevar una vida normal.

**4) ¿Qué rol juega el personal de la salud, la familia y los pares en el bienestar orgánico como psicológico en los adolescentes hospitalizados o con algún padecimiento crónico?**

Yo creería que es imprescindible. En el caso de enfermedades catastróficas, como conversé en algún momento con alguno de sus colegas, más allá de un diagnóstico grave, lo que realmente marca la diferencia es la esperanza. El apoyo del entorno, especialmente de la familia y los amigos cercanos, es crucial. Cuando un adolescente enfrenta una enfermedad seria, estar rodeado de seres queridos, que lo alienten y distraigan, puede ser esencial para su bienestar emocional. Mantener la esperanza, hacer planes a futuro y sentir el respaldo de sus seres cercanos facilita su adaptación y recuperación, mientras que el aislamiento podría limitar su bienestar.

**5 ¿Cuáles son los desafíos que surgen al trabajar con lo real de la adolescencia dentro de un contexto hospitalario?**

**A. ¿Cómo considera que un adolescente debe ser acompañado ante lo real de una valoración médica para que logre una resignificación positiva en cuanto a su imagen y autopercepción?**

**Entrevistadora:** Lo real de la adolescencia implica la angustia de los adolescentes ante cuestiones como la búsqueda de identidad y la necesidad de autonomía, lo cual genera inseguridad mientras construyen su camino hacia la adultez.

**Médico 1:** El principal desafío es cuando un adolescente enfrenta un diagnóstico catastrófico. A diferencia de los niños que ingresan por traumatismos o enfermedades comunes, que suelen tener una resolución rápida y permiten interactuar fácilmente, los adolescentes con diagnósticos graves, como el cáncer, enfrentan un proceso mucho más complejo. Esto afecta su comportamiento y requiere un enfoque distinto, pues mientras algunos saben que se recuperarán, otros viven con la incertidumbre. Los adolescentes que atraviesan situaciones complejas, como el consumo de drogas o provienen de un hogar disfuncional, también presentan un comportamiento diferente, lo que dificulta aún más el abordaje. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los adolescentes colaboran si su diagnóstico no es tan grave.

**6) Desde su experiencia profesional ha ubicado factores que incidan en la aceptación de manera favorable del adolescente ante un dx. o contingencia médica.**

Creo que, como en cualquier situación, todo depende de la forma en que ha crecido el adolescente. Si ha crecido en un hogar donde ha sido querido, cuidado, y ha tenido una figura parental presente, ya sea mamá y papá, o una figura sustituta como un abuelo o tío, eso probablemente impactará positivamente en su autoestima. Esto influirá en cómo maneja sus emociones y enfrenta los problemas. Por otro lado, un adolescente que ha crecido en un hogar más disfuncional, por ejemplo, solo con la madre, sin

límites claros y sin una figura de seguridad, probablemente reaccionará de manera diferente ante la adversidad. El entorno familiar y la autoestima son principales en cómo el adolescente enfrentará un diagnóstico complicado. Además, la educación sobre la enfermedad juega un papel importante. Si el adolescente comprende bien su diagnóstico y tratamiento, y sabe que hay una solución o un camino a seguir, eso le proporciona tranquilidad y mayor capacidad para afrontar la situación. O sea, el apoyo emocional y la educación sobre el diagnóstico son factores determinantes en la forma en que el adolescente maneja su enfermedad.

**A. ¿Ha podido observar diferencias entre adolescentes que pueden expresar su malestar más allá de un diagnóstico de adolescentes que guardan silencio?**

Eso depende mucho de la personalidad del adolescente. Algunos, independientemente del diagnóstico, tienen la confianza y disposición para expresar sus emociones, mientras que otros pueden guardarlas para sí mismos. Esto también está influenciado por la relación que el adolescente tenga con la persona que lo cuida, ya sea su madre, padre, abuelo, o cualquier otra figura cercana. En algunos casos, el adolescente puede no mostrar su dolor en presencia de ciertos adultos, pero sí lo hará en otro contexto, como con su madre. Además, la forma en que el adolescente maneja el dolor o la frustración también puede depender del diagnóstico y de los vínculos emocionales con las personas que lo acompañan en ese momento.

**7) ¿De qué manera el abordaje por parte del personal de la salud influye en la aceptación o rechazo del diagnóstico y en la recuperación de los adolescentes?**

Depende principalmente del diagnóstico, porque, aunque el adolescente pueda contar con el apoyo de una familia amorosa y de amigos, un diagnóstico grave puede ser difícil de aceptar. Es un desafío complejo para cualquier persona. En cuanto al personal de salud, es necesario saber cómo llegar al paciente. Al igual que cualquier individuo, ya sea niño, adolescente o adulto, todos queremos ser tratados de la mejor manera. Por eso, es esencial tener empatía para generar confianza y un vínculo entre el médico y

paciente. Si logramos crear esa conexión, el paciente estará más dispuesto a compartir sus preocupaciones, permitir el examen y, en muchos casos, sentirse aliviado. El trato adecuado no solo reduce el dolor físico, sino que también puede disminuir la angustia emocional del paciente. Es crucial saber cómo manejar las relaciones interpersonales, ya que, en ocasiones, los adolescentes llegan con problemas emocionales, como discusiones familiares, que se manifiestan físicamente, como temblores o desmayos, sin que haya una causa médica real. A estas crisis nosotros le llamamos distonía neurovegetativa. En estos casos, el escuchar y comprender lo que están atravesando es clave para aliviar su dolor y proporcionar el apoyo necesario, incluso cuando no expresan sus problemas directamente a sus padres.

### **Entrevista médica 2:**

#### **1) Desde su experiencia como médica pediatra, ¿cuáles son los desafíos que ha enfrentado al momento de trabajar con adolescentes?**

El desafío...yo creo que hay dos tipos de adolescentes: unos que son quizás un poco más rebeldes, se podría decir, tal vez por su entorno social, y otros que son más pasivos, más tranquilos. Con los pasivos se puede trabajar mucho mejor. En mi caso, trabajo bastante con madres adolescentes. Cuando una madre adolescente tiene a su hijo junto a su pareja y además cuenta con el apoyo de su madre, suele ser una mamá que, a pesar de su inmadurez y de los aspectos psicológicos que implica la adolescencia, se muestra responsable. Esto ocurre porque existe un entorno familiar que la respalda. En cambio, hay otras chicas cuyo entorno familiar no es adecuado, y ellas prácticamente deben salir adelante solas. Muchas veces no continúan la escuela y, en esos casos, se hace más difícil tratarlas porque no siempre muestran un compromiso claro de responsabilidad frente a su hijo.

Como menciono, mi contacto con adolescentes es principalmente con madres adolescentes, y ahí es donde noto esa diferencia: un grupo con apoyo familiar que facilita el trabajo, y otro grupo con más dificultades, donde es mucho más complicado poder trabajar o llegar a ellas.

**2) ¿Considera que recibir un diagnóstico médico delicado (enfermedad catastrófica, crónica, o que impliquen tratamientos invasivos o amputaciones) puede intensificar la crisis adolescente?**

**a) ¿De qué manera cree que puede manifestarse en el adolescente tanto dentro de un contexto hospitalario como fuera de éste?**

**b) ¿Considera que la crisis de la adolescencia se manifiesta de manera distinta en un entorno hospitalario que en un entorno cotidiano?**

Sí, totalmente. Lo que yo he observado es que se manifiesta principalmente en la ansiedad. Vivimos en una etapa de inmediatez, y los adolescentes quieren obtener resultados rápidos, pero muchas veces no se logra lo esperado. Eso les genera nerviosismo, inestabilidad, ansiedad e incluso, en algunos casos, reacciones agresivas. No siempre procesan bien la información delicada, por ejemplo, cuando se trata de una amputación o un procedimiento complejo. En esos casos solemos contar con el apoyo del departamento de psicología, al que remitimos mediante interconsulta, para que tanto el adolescente como la madre puedan procesar mejor la noticia y sentirse acompañados. En el ámbito hospitalario se complica aún más porque los padres o tutores no siempre pueden estar presentes, ya que deben trabajar o proveer. En ocasiones, cuando se trata de madres adolescentes, sus parejas también son adolescentes, lo que limita el apoyo. Todo esto influye en que el adolescente viva más ansiedad, pueda reaccionar con momentos de agresividad o no reciba de buena manera la información. Gracias a Dios, en estos casos tenemos el respaldo del departamento de psicología, que ayuda a contener al adolescente y a su entorno familiar.

**3) ¿Cuáles son las principales resistencias o defensas que ha observado en los adolescentes con respecto a su diagnóstico y a los procedimientos médicos en el contexto hospitalario?**

Por lo general sí colaboran. Cuando uno conversa con ellos, suelen colaborar. Sin embargo, siempre aparece cierta angustia, tristeza o incluso un estado depresivo. Hace algún tiempo trabajé en Solca y allí la información

se daba a los padres. Con los adolescentes, la manera de comunicar era muy importante, porque no siempre se hacía al pie de la cama del paciente, había que ser prudente. Ellos tienden a tomar la información de manera muy literal, por eso considero importante medir bien las palabras, explicar adecuadamente y saber cómo llegar a ellos. La resistencia generalmente surge del miedo y la incertidumbre de no saber qué va a pasar, si el procedimiento realmente les hará bien o qué consecuencias tendrá. Aunque confían en que el tratamiento es para mejorar, siempre persiste esa duda de qué pasará.

#### **4) ¿Qué rol juega el personal de la salud, la familia y los pares en el bienestar orgánico como psicológico en los adolescentes hospitalizados o con algún padecimiento crónico?**

Juegan un rol importantísimo. En primer lugar, los padres. Considero que en toda institución debe existir soporte psicológico tanto para ellos como para el personal de salud, porque este último también necesita estar anímicamente bien para poder ejercer una jornada que muchas veces es extenuante, pero que requiere mucha responsabilidad y a la vez calidez y empatía. Padres, personal de salud y todos los que forman parte de una institución hospitalaria deben tener presente que se trata de una persona con una enfermedad crónica, y que la empatía es primordial para ser un verdadero soporte. De lo contrario, los adolescentes pueden caer en estados depresivos si no se sienten acompañados, comprendidos o respaldados. En realidad, muchos adolescentes necesitan un entorno adecuado para no caer en depresión y, en cambio, encontrar la fortaleza necesaria para sobrellevar el día a día. Ya que las enfermedades crónicas muchas veces implican tratamientos largos o intervenciones quirúrgicas. Por eso, es importante que todo el sistema funcione de manera regulada para brindar apoyo constante a este adolescente.

**5 ¿Cuáles son los desafíos que surgen al trabajar con lo real de la adolescencia dentro de un contexto hospitalario?**

**A. ¿Cómo considera que un adolescente debe ser acompañado ante lo real de una valoración médica para que logre una resignificación positiva en cuanto a su imagen y autopercepción?**

**B.**

**Entrevistadora:** Para hacer una pequeña aclaración, a lo que nos referimos con lo real de la adolescencia. Desde psicoanálisis es básicamente aquello que irrumpe en la vida del adolescente, aquello que ellos no pueden poner en palabras, como esta angustia con la que viene cargada la adolescencia, esa cuestión de los cambios corporales psicológicos de los adolescentes que la angustia de cierta manera y esto causa en ellos también que exista como una crisis.

**Médica 2:** En la parte real del adolescente, con todos los cambios que experimentan y las responsabilidades que deben asumir, trato de ser lo más empática posible. Me pongo en su lugar, escucho sus angustias y preocupaciones, y trato de ofrecerles soluciones objetivas dentro de lo que se pueda resolver respecto a su problema. Con tantos cambios que atraviesan, intento acompañarlos para que puedan avanzar y continuar con su proceso. Considero que el acompañamiento debe ser integral, porque también influye el entorno familiar. Muchos adolescentes cuentan con apoyo familiar, mientras que otros no. Trabajar con adolescentes que tienen un entorno seguro es más fácil, mientras que aquellos que se sienten solos o abandonados pueden presentar mayor resistencia, inseguridad y ciertas conductas de riesgo, como relacionarse con personas inadecuadas.

**6) Desde su experiencia profesional ha ubicado factores que incidan en la aceptación de manera favorable del adolescente ante un dx. o contingencia médica**

**A. ¿Ha podido observar diferencias entre adolescentes que pueden expresar su malestar más allá de un diagnóstico de adolescentes que guardan silencio?**

Si se trata de un diagnóstico de una enfermedad que se puede resolver y que no es grave ni crónica, como un proceso respiratorio que requiere hospitalización de cinco o seis días, los adolescentes suelen aceptarlo mejor, porque saben que no habrá mayores complicaciones. En el caso de enfermedades crónicas, como el cáncer, los adolescentes asimilan y aceptan el tratamiento porque es necesario, aunque claramente no desearían estar hospitalizados. Aunque comprenden que el tratamiento les beneficia, en su expresión se nota que preferirían no estar en la institución. En general, la aceptación depende del tipo de diagnóstico y de la posibilidad de alta hospitalaria. Las enfermedades no graves se aceptan con mayor facilidad, mientras que los diagnósticos crónicos pueden generar estados depresivos o dificultades para aceptar la situación. Sin embargo, algunos adolescentes me sorprenden por aceptar el proceso hospitalario cuando comprenden que la estancia y el tratamiento les ayudará.

**7) ¿De qué manera el abordaje por parte del personal de la salud influye en la aceptación o rechazo del diagnóstico y en la recuperación de los adolescentes?**

Bueno, influye bastante. Cuando el médico transmite seguridad en el tratamiento y el personal de enfermería brinda apoyo con empatía, ánimo y acompañamiento, los adolescentes tienden a asimilar mejor su enfermedad. Porque obviamente estar hospitalizados es súper complicado. Y esto los hace más colaborativos durante el tratamiento y, en muchos casos, se observa que su recuperación puede ser más rápida de lo esperado. Entonces, si es importante esa seguridad y el respaldo que uno le brinda al paciente.

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

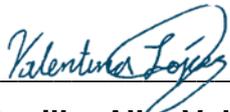
Nosotras, **Arellano Durango, Eileen Yamila**, con C.C: # **0932067549** y **López Becilla, Alba Valentina**, con C.C: # **0951013655** autoras del trabajo de titulación: **La influencia de la contingencia médica y los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción de adolescentes en contextos hospitalarios.** previo a la obtención del título de **Licenciadas en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 02 de septiembre de 2025

f.   
Arellano Durango, Eileen Yamila  
C.C: 0932067549

f.   
López Becilla, Alba Valentina  
C.C: 0951013655



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

|   |   |   |     |
|---|---|---|-----|
| TEMA Y SUBTEMA:   | La influencia de la contingencia médica y los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción de adolescentes en contextos hospitalarios.  |   |     |
| AUTORES   | Arellano Durango, Eileen Yamila<br>López Becilla, Alba Valentina  |   |     |
| REVISOR/TUTOR   | Psic. Cl. Martínez Zea, Francisco Xavier, Mgs   |   |     |
| INSTITUCIÓN:  | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil   |   |     |
| FACULTAD:   | Facultad de Psicología, Educación y Comunicación  |   |     |
| CARRERA:  | Psicología Clínica  |   |     |
| TÍTULO OBTENIDO:  | Licenciada en Psicología Clínica  |   |     |
| FECHA DE PUBLICACIÓN:                                       | 02 de septiembre de 2025  | No. DE PÁGINAS:   | 152 |
| ÁREAS TEMÁTICAS:  | Psicología Clínica, Psicoanálisis, Adolescencia, Contingencia médica.   |   |     |
| PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:                                   | Adolescencia; Pubertad; Autopercepción; Contingencia Médica; Hospital; Prejuicios Sociales e Institucionales  |   |     |
| RESUMEN/ABSTRACT:   | <p>El tema que se desarrolló en esta investigación es la influencia de la contingencia médica y los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción de adolescentes en contextos hospitalarios. Se consideró relevante este tema de investigación porque los adolescentes al pasar por una etapa que de por sí, es conflictiva y llena de cambios, el estar hospitalizado los lleva también a enfrentar desafíos propios de su enfermedad, e implicaciones emocionales, sociales e institucionales que afectan su bienestar y autopercepción. El objetivo de esta investigación fue analizar la influencia de lo real de la adolescencia, el trauma de la contingencia médica y los prejuicios sociales e institucionales en la autopercepción, el cuerpo y la imagen en adolescentes en contextos hospitalarios por medio del enfoque cualitativo para generar una reflexión académica que sensibilice al personal hospitalario. Se realizó con una metodología con enfoque cualitativo mediante un análisis de bibliografía científica y psicoanalítica, entrevistas semiestructuradas a profesionales en el campo de la psicología y medicina que trabajan con adolescentes tanto fuera como dentro de contextos hospitalarios.</p> |   |     |
| ADJUNTO PDF:  | <input checked="" type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO   |     |
| CONTACTO CON AUTORES:                                       | <b>Teléfono:</b><br>+593-999974394<br>+593-979615908  | <b>E-mail:</b> <a href="mailto:eileen.arellano@cu.ucsg.edu.ec">eileen.arellano@cu.ucsg.edu.ec</a><br><a href="mailto:alba.lopez01@cu.ucsg.edu.ec">alba.lopez01@cu.ucsg.edu.ec</a> |     |
| CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):: | <b>Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.</b>  |   |     |
|   | <b>Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419</b>  |   |     |
|   | <b>E-mail: francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec</b>  |   |     |
| <b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>                       |   |   |     |
| Nº. DE REGISTRO (en base a datos):                          |   |   |     |
| Nº. DE CLASIFICACIÓN:                                       |   |   |     |
| DIRECCIÓN URL (tesis en la web):                            |   |   |     |