
LOS PROBLEMAS PSIQUICOS DE LA HOSPITALIZACION DE NIÑOS, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE UN PEDIATRA

Dra. Carmen Casanova Matutano

- Licenciada en Medicina y Cirugía 1975.
- Especialista en Pediatría y Puericultura, 1979.
- Miembro de la Sociedad Valenciana de Pediatría y de la Asociación Española de Pediatría.
- Becaria y Asistente Voluntaria en numerosos centros médicos europeos.
- Jefa de servicio de Pediatría de la Residencia Sanitaria de la S.S. de Sagunto.

Quisiera empezar dando una visión rápida de como se desarrolla el proceso de hospitalización del niño en la mayoría de hospitales que conozco.

El niño ingresa en el hospital, bien de urgencia, de forma brusca e inesperada, bien de forma programada, para una intervención, exploración, etc. En ningún caso se prepara al niño para semejante experiencia, que como veremos tendrá efectos importantes en su vida.

Una vez ingresado, el niño sólo estará con sus padres en el momento de la visita, que suele ser de 2 ó 3 horas al día, sin variaciones según las características del niño o de su enfermedad. De modo especial hay que resaltar que a los recién nacidos, lactantes y niños aislados, sólo se les puede ver a través de los cristales, sin poder entrar en su habitación.

Respecto a la información, hay que decir que a los niños no se les informa, y a los padres se le da una información rutinaria, escasa y en

gran parte incomprensible, por el vocabulario utilizado, y que a veces sólo sirve para aumentar el desconcierto y la ansiedad. La enfermera no suele participar en la información.

En su conjunto, el pediatra no se relaciona con el niño y sus padres más que para extraer de ellos datos o signos que le sean útiles para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Pero si prestase atención, vería que ya en el mismo momento en que decide y comunica que al niño debe ser hospitalizado, se plantean muchos de los problemas que ello va a suponer, y que habría que tener en cuenta y tratar de solucionar. Así, la mayoría de padres manifiestan que desean quedarse junto al niño, pues aunque no dudan de que el personal del hospital será eficaz para prestar al niño los cuidados médicos que precisa, no están seguros de que se preocuparán de cubrir las atenciones que como niño requiere, sobre todo si se trata de niños pequeños, lactan-

tes, para quienes los cuidados de la madre son tan esenciales. Ellos mismo expresan sus temores de que el niño no quiera separarse, se niegue a comer, no pueda dormir, etc. Existe una pequeña proporción de padres que no quieren quedarse con el niño, y aunque puede que en algún caso lo hagan por comodidad, en general es porque se sienten incapacitados para prestar algún tipo de ayuda en esos momentos tan difíciles, o porque se sienten superados por la situación, y la ansiedad bloquea su disponibilidad. Hay padres que se sienten culpables respecto a la enfermedad de su niño. Otros manifiestan temores proporcionados a la gravedad de la situación.

En cuanto al niño, mientras los más pequeños muestran abiertamente su oposición a la separación mediante el llanto, gritos, etc., los más mayores son a veces menos espontáneos y sin presentar resistencia física quedan callados y tristes, abrumados por lo inevitable.

Pasando ya a considerar los efectos que produce la hospitalización en el niño, ¿cuál es nuestra actitud al respecto?

Pues según mi experiencia, no me queda más remedio que resaltar la ignorancia de los trabajadores sanitarios respecto a las peculiaridades psicológicas del niño, la insensibilidad frente a los problemas que plantea o que en un futuro puede presentar relacionados con la hospitalización, y la irresponsabilidad que esto supone, pues significa que nadie asume que como parte integrante del hospital está actuando como fac-

tor de posibles futuros problemas de salud mental en estos niños.

Esta ignorancia, insensibilidad e irresponsabilidad, no sólo son imputables a los trabajadores sanitarios como individuos, sino también a las instituciones, organismos oficiales, facultades de medicina, asociaciones, etc., que nunca se han ocupado de lograr que en los hospitales los niños disfruten de un tratamiento especial basado en sus características como personas. Y es que las necesidades psíquicas y emocionales de los niños nos resultan desconocidas, y si las conocemos no les damos la importancia que tienen, ni aplicamos los medios para atender esas necesidades. Sólo esporádicamente encontramos a alguien que se ocupa de ellos por buena voluntad, instinto, aficionados a la psicología, etc., pero en general los técnicos sanitarios se amparan en excusas tales como la falta de tiempo (que necesitan para estar al día en su especialidad, para tratar sus problemas laborales, su situación en el hospital, etc.), de modo que tener que ocuparse, además, de estas cosas les parece un lujo, y aún cuando tienen tiempo lo esconden, adoptando posturas irónicas o despreciativas al respecto y rechazando esta problemática.

Veamos ahora, ayudados por lo que se ha escrito al respecto, ¿qué supone para el niño la hospitalización?

Se interrumpe su vida normal y su proceso de desarrollo psicomotor; es separado bruscamente de su medio habitual, de los niños y adultos

con los que normalmente se relaciona, y sobre todo con su madre. Es privado de su independencia.

Interrumpe sus juegos y su aprendizaje, con o sin escolarización, según la edad.

Por otra parte se ve bruscamente sumergido en un ambiente nuevo que le resulta hostil, rodeado de personajes extraños con uniforme que se dirigen a él para hacerle cosas que le resultan dolorosas o al menos molestan en muchas ocasiones. Incluso a veces es obligado a permanecer inmóvil en la cama.

Todo ello, separación de su medio y agresión por extraños, le sucede a la vez que vive la experiencia de la enfermedad, con percepciones displacenteras de algunas partes de su cuerpo, a veces bajo la amenaza de la cirugía, o incluso de la muerte.

Como reacción a ello, lo corriente es que el niño llore amargamente al principio y luego se muestre dócil y tranquilo. Esto engaña al personal sanitario, que piensa que el niño ha dejado de extrañar el lugar, y ya no echa de menos a sus padres, incluso los ha olvidado. Pero esto es un error. En realidad el niño está realizando su adaptación, y para ello pasa por tres fases:

— En la primera, o de «protesta», que puede durar horas o días, se siente triste y atemorizado por la separación y por estar rodeado de extraños. Entonces llora, grita, etc., y rechaza las atenciones que se le brindan.

— En la segunda, o de «desesperación», siente conscientemente la necesidad de estar con la madre y se

siente profundamente afligido por ello. Se muestra poco activo y puede llorar en algún momento, y no suele pedir nada a los que le rodean.

— En la tercera, o de «negación», el niño reprime su nostalgia de la madre, para sentirse lo menos mal posible, y comienza a interesarse superficialmente por lo que le rodea, lo que suele interpretarse erróneamente por la gente como que el niño se siente nuevamente feliz. A veces cuando se da de alta al niño, éste se aferra a la enfermera y no quiere ir con su madre, y todos, incluidos los padres, pensamos que estaba tan feliz en el hospital que no quiere volver a casa. De nuevo nos equivocamos y estos niños, una vez en el hogar, están completamente pendientes de sus padres y no quieren saber nada del hospital. Una vez en casa, el niño puede manifestar diversos síntomas, como conductas y emociones regresivas, enuresis y encopresis, terrores nocturnos, temor a la oscuridad, agresividad, necesidad de ser acunados, de chuparse el pulgar, dificultades en la escuela, etc. Muchos han perdido la seguridad en sí mismos ante el temor a que las personas en quienes confían les vuelvan a abandonar y les dejen de querer, pues es corriente que vivan la hospitalización como castigo.

Este tipo de reacciones se considera grave si dura más allá de tres meses tras la hospitalización, moderada si dura menos de tres meses y mínima si sólo se manifiesta durante la hospitalización.

No hablaremos, por no extendernos, de lo que suponen para el niño

ciertas experiencias como la mutilación, el cambio en su aspecto físico, la amenaza de muerte o el sufrir ciertos tipos de enfermedades crónicas o invalidantes.

Cada niño vive de un modo la experiencia de la hospitalización, y este proceso de adaptación está influenciado por diversos factores:

— Edad: condiciona diferentes etapas del desarrollo psíquico y emocional, y por tanto diferentes necesidades. Así, en los lactantes y niños pequeños, cuya dependencia de la madre es absoluta, tanto física como psicológicamente, la separación materna es el factor más importante. En cambio, lo que más acusan los niños mayores es la falta de independencia y el estar entre adultos y extraños que hacen lo que quieren con su cuerpo.

— Carácter: los niños tímidos, retraídos y los excesivamente dependientes de la madre requieren atenciones especiales, pues estos rasgos se acentúan en situaciones de dolor o de miedo.

— Barreras idiomáticas, o cuando el ambiente del hospital y las personas que en él trabajan supone un cambio del nivel cultural o económico para el niño.

— Relaciones previas con los padres: cuando más satisfactorias son las relaciones con los padres, menos importantes son las reacciones a la hospitalización. Es evidente la importancia de la relación padres-hijos en conflictos y patologías de aparición en la vida adulta, y esto se hace más evidente cuando se ha sufrido procesos de hospitalización.

— Número y calidad de las visitas: cuando más es visitado por sus padres y éstos se muestran cómodos y confiados, menos difícil resulta para el niño la experiencia de la hospitalización.

— Atención psicológica previa: aquellos niños que han sido preparados previamente a su llegada al hospital, mediante una información adecuada, han tenido la posibilidad de perder el temor a lo desconocido y de corregir conocimientos erróneos al respecto, y con toda seguridad presentarán menos reacciones ante la hospitalización, y éstas serán más leves y pasajeras.

Ahora ya quiero pasar a reflexionar sobre qué hacer y lo primero es hablar de todo esto, de modo que los que trabajamos en hospitales con niños comencemos a sospechar que no todo va bien, y que no estamos ocupándonos del niño como un todo. Durante muchos años los pediatras se han preocupado de pensar y actuar sobre los problemas físicos de los niños, y esto ha dado muy buenos resultados, pero ya es hora de que empecemos a tener en cuenta que la base de la salud mental se encuentra en la infancia, y los cuidados para lograr un adulto sano física y psíquicamente se colocan en todas las fases de la infancia y la niñez. Así pues, lo primero será conocer estos problemas. Entonces veremos que no se precisan grandes medios materiales ni económicos para actuar, sino que se precisa más bien un cambio de actitud. No dudo que lo mejor es que el hospital disponga de una persona o equipo que se

dedique a estos temas, pero ello no siempre es posible, y desde luego nunca es suficiente, y hay cosas que todos los que trabajamos con niños tenemos que hacer: podemos ser útiles al niño que va a ingresar; podemos hacer algo por él mientras está con nosotros; y podemos ayudarle a volver a la vida normal.

A grandes rasgos, estos serían los puntos a desarrollar:

— Información previa al ingreso: el niño tiene que saber por y para qué viene al hospital, y las personas ideales para explicárselo son sus padres. Nuestra misión consistirá en informarles bien a ellos y hacerles sugerencias sobre cómo informar al niño.

— Evitar la separación de la madre: insustituible para el lactante, hay que conseguir la permanencia continua de la madre junto al niño, o al menos el mayor número de horas posible y flexibilidad en las visitas. Además, la enfermera ha de asumir el papel de nexo y de sustituta de la figura materna, realizando también sus funciones. En los recién nacidos, permitir que sea la madre quien alimente al niño y colabore en sus cuidados. En los niños aislados, permitir la entrada de los padres, que tras cumplir los protocolos establecidos en la sala para protegerse y evitar la propagación de la enfermedad (bata, lavado de manos, etc.) no tienen por qué ser más nocivos que el personal del hospital.

— No interrumpir, en lo posible, la etapa del desarrollo y aprendizaje en que se encuentra el niño; utilizando juegos, que son muy importantes pa-

ra ayudar a elaborar la experiencia de la hospitalización, y a expresar sentimientos de hostilidad, agresividad, etc. Así, son muy útiles las representaciones dramáticas, el jugar a médicos, a operar, etc.

— Información constante al niño y a los padres: ser espléndidos en la información, y claros, cuidando especialmente las situaciones que crean mayor ansiedad, como cuando no se conoce todavía el diagnóstico, e informar incluso los procesos más leves, aunque carezcan de importancia para nosotros, pues si los padres no están bien informados, elaboran fantasías más graves que en la realidad. La enfermera debe participar en la información, pues al estar más tiempo con el niño, con seguridad conoce aspectos de éste que el médico desconoce.

— Preparar la vuelta a casa: aconsejando a los padres e informándoles de que el niño puede presentar reacciones derivadas de la hospitalización, pero que serán pasajeras, y que tal vez el niño no quiera oír hablar del hospital, o tal vez prefiera liberar sus tensiones reproduciendo durante el juego su estancia en el hospital, y ellos deben estimularles en cualquiera de estas dos posturas.

— Como conclusión, quisiera recordar nuevamente que la salud mental es en parte responsabilidad de los pediatras, y que los que trabajamos con niños no podemos tener como meta solamente el producir niños sanos, sino el permitir el desarrollo definitivo de un adulto sano.

Además, como alguien dijo: «Al-

quien tiene que defender al niño del sistema».

BIBLIOGRAFIA

— A child goes to the Hospital: The psychological. Aspects of a child going to the Hospital. Geist, H. London, Thomas Ch. C. Publ. 1976.

— Working with children in Hospitals. A guide for the professional Team, Plank, E. London, Tavistock Publ. 1966.

— Psicología aplicada a la práctica médica. Manual para la comprensión y conducción psicológica del enfermo. Schnei-

der. P. B. Buenos Aires. Paidós. 1974.

— De la naissance a la parole, la premiere année de la vie. Spitz, R. A. Paris. P.V.I. 1968.

— Hospitalism. An inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in early Childhood. Spitz, R. A. Psychoanal. Study Child, vol. I. London, Imago, 1945.

— Collected Papers. Through Pediatrics Psycho-Analysis. Winnicott, D. W. London, Tavistock, 1958.

— The maturational Processes and the facilitating environment, Winnicott, D. W. London, The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1965.