

LA HOSPITALIZACION PEDIATRICA: INTERVENCION PSICOLOGICA

HENAR SASTRE DOMINGO. Enfermera Psiquiátrica
J. L. PEDREIRA MASSA. Psiquiatría Infantil

Unidad Psiquiatría y Psicología Infantil. Hospital del Niño Jesús.

«Los cuidados de enfermería son un instrumento educativo, una fuerza que ayuda a la maduración, que tiene por objeto promover el desarrollo de la personalidad hacia una vida madura, constructiva y productiva para el individuo y la comunidad.»

Hildegarde Peplau

INTRODUCCION

Este trabajo tiene por objetivo analizar a la luz de los datos obtenidos cuál es la demanda que se nos plantea a nuestra unidad de paidopsiquiatría por parte de los distintos servicios de hospitalización y el por qué de ella.

Asimismo analizaremos cuál podría ser el papel de una unidad de psiquiatría dentro de un hospital pediátrico.

MATERIAL, METODOS Y RESULTADOS

Los datos obtenidos desde que inició su actividad la unidad en septiembre de 1977 son los siguientes:

Sobre un total de 3.000 niños vistos a través de las peticiones de los ambulatorios o consultas externas hospitalarias. 187 interconsultas corresponden a los servicios de hospitalización, lo que supone un 6% del total de los niños vistos.

Los motivos por los cuales nos consultan los hemos agrupado ya que de lo contrario existiría una gran dispersión de datos que dificultaría su evaluación.

Asimismo hemos excluido intencionalmente los niños ingresados vistos por síndrome tóxico por considerar que podrían ser objeto de otro estudio (fig. 1).

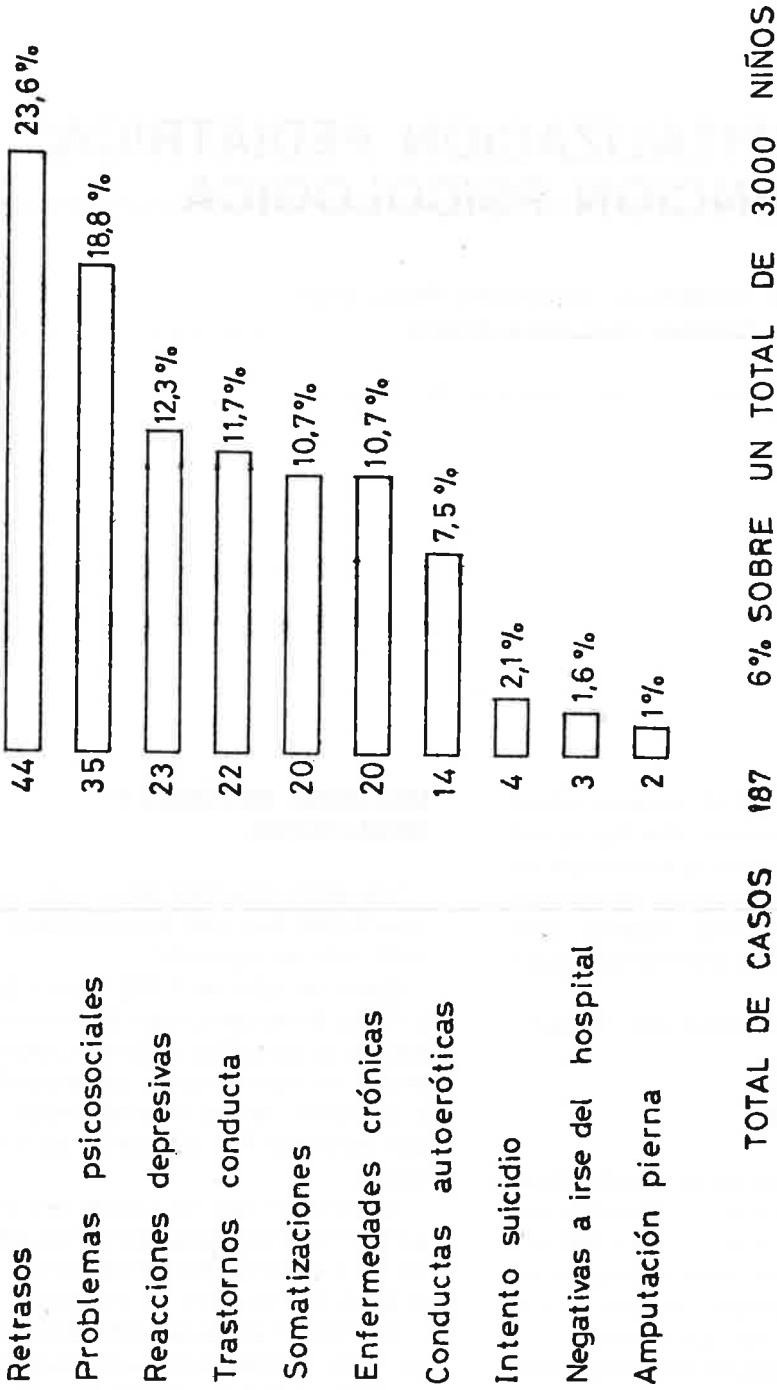


Figura nº 1

El análisis de estos datos puede resultar frío como sucede siempre que se plantean cifras o lo que es peor quedarnos en ellas, que a nuestro modo de ver no son todo lo representativas de lo que pudiera ser una demanda más real de acuerdo a los problemas que se presentan, ya que nuestra experiencia nos indica que son varios los factores que intervienen a la hora de que el médico o las enfermeras requieran a nuestro equipo. Entre estos pudiéramos citar el que no se haya satisfecho la demanda con suficiente premura, éste es un problema de la unidad y se justifica en base al escaso número de personas que formamos el equipo; un psiquiatra, un psicólogo, enfermera psiquiátrica y una auxiliar. Otra de las causas se deben a la escasa sensibilización que demuestra algunos servicios hacia nuestro trabajo.

Por último hemos constatado que nuestra presencia en los servicios hace recordar al personal que tiene niños con problemas, lo que nos planteó la conveniencia de acudir sistemáticamente a las salas ya que éste podría ser un modo de hacer un despistage.

A la luz de estas cifras pudiera pensarse que carecen de importancia cuantitativa y caer en una banalización y justificación sobre el sufrimiento del niño durante la hospitalización con lo cual no se requeriría una intervención psicológica y de este modo No emprenderse ningún tipo de esfuerzo por mejorar las condiciones del hospital, los cuidados integrales y otra actividades no estrictamente relacionadas con su «estar» enfermo.

DISCUSION

El mayor número de peticiones son los problemas de retraso lo que coincide con la demanda general. Es cierto que estos problemas no lo son por la hospitalización, por tanto lo que se es-

pera de nosotros es una evaluación psicométrica con exclusividad.

A tal fin pasaron por nuestra unidad todos los niños poliomefíticos que empezaban los estudios de formación profesional y abandonaban el hospital después de varios años de estancia.

Problemas psicosociales

Hemos observado, paradójicamente, que en los llamados problemas psicosociales, malos tratos, situaciones de paro, violaciones, alcoholismo, prostitución, niños de casas cunas, etc., que la adaptación de estos niños a la vida hospitalaria suele ser adecuada, a lo que había que añadir, que por su situación despiertan sentimientos de compasión en el personal asistencial en un intento de reparación inconsciente, por la situación dramática en que se encuentra el niño, lo que favorece una actitud sobreprotectora e incluso hiperestimulante. Podríamos decir simplificando que se convierten en los «niños mimados» ya que se establecen lazos afectivos sobre todo con el personal de enfermería, que vivencian la marcha con gran angustia por lo que supone de retorno a su medio negativo.

En definitiva, se podría afirmar que la hospitalización para estos niños representa un mal menor.

Reacciones depresivas

Desde que hace más de 30 años, Spitz describiera la «Depresión Anaclítica» como un cuadro característico en los niños carenciados de los cuidados maternos habituales, que en el curso de 3-5 meses se instauraba progresivamente una pérdida de peso, retraso talla, irritabilidad, vómitos, tendencia a contraer enfermedades intercurrentes, insomnio

acontecía la muerte. Es cierto que durante estos años las condiciones externas de la hospitalización han sufrido un cambio sustancial ya que en los tiempos de Spitz el hospital se caracterizaba por ser una estructura de salas corridas, con escasos recursos técnicos, personal deficiente en número y poco cualificado. La estancia hospitalaria se prolongaba incluso años con una tasa de morbimortalidad elevada donde a menudo el hospital cubría un papel de asilo ya que fundamentalmente acudían niños provenientes de familias con grandes problemas psico-sociales. Al cambiar las condiciones ha sido posible que sea excepcional la presentación del cuadro descrito por Spitz, pero también es cierto que permanecen otro tipo de depresiones más solapadas en los niños.

Quizá nos pueda servir como ejemplo de la actitud general hacia la hospitalización pediátrica lo que en 1941 el doctor Carro García de este hospital exponía en su discurso en la Real Academia de Medicina (cito textualmente): «Dejándonos llevar por el corazón bien quisiéramos evitar el traumatismo doloroso de separar a la madre de su hijo enfermo, más la necesidad obliga; el niño pobre e indigente no dispone en su mísero hogar de higiene, alimentos adecuados, medicamentos, y asistencia facultativa apropiada.

Para el niño el momento de la separación es amargo si no se hace con cautela y un buen **intencionado engaño**. Algunos llantos y gimoteos suelen ser la expresión del recuerdo maternal, pero después de unas horas se acomoda al ambiente interesándose por cuanto le rodea y poniendo su cariño en la monjita o en la enfermera que con prodigalidad le halagan y le cuidan. Si el enfermito se ve colmado de afecto y ternura pronto olvida o no reclama los cariños maternos.»

Estas palabras impregnadas de pater-

nalismo muy de acuerdo con las características históricas de la época en que la compasión sustituían a la comprensión, están lamentablemente vigentes en algunos sectores del personal asistencial, ya que es la concepción que manifiestan.

Es cierto que no todos los niños responden del mismo modo a la hospitalización que son muchos los factores que intervienen en esta respuesta, como la fase evolutiva en que se encuentra el niño, así no será lo mismo para un bebé que para un niño de diez años; también la gravedad de la enfermedad y por consiguiente las manipulaciones a la que se le someta van a tener que ver con esta vivencia. La personalidad del niño, es decir, un niño introvertido con poca capacidad de relación estará más expuesto a la indiferencia y al rechazo por parte de los otros niños y del personal. Otro factor decisivo es la información que el adulto le halla transmitido a cerca de su situación. El ambiente hospitalario y sobre todo como factor fundamental la presencia o no de la madre van a condicionar la vivencia de la hospitalización. De cualquier forma es obligado recalcar en la hospitalización en el niño es un acontecimiento negativo por lo que conlleva de ruptura con su medio afectivo y social y de sufrimiento psicofísico. Lo que podríamos encuadrar dentro de lo que llamamos Reacciones depresivas las hemos visto fundamentalmente en dos tipos de situaciones. Cuando los niños sufren un proceso infecto-contagioso y por tanto son aislados y en aquellos casos de larga evolución de procesos graves.

En el primer caso la presencia del adulto con batas y mascarillas es mínima, se podría decir que se limita a los cuidados clínicos casi con exclusividad. Pero quizá por no ser tan llamativas no se dan la importancia que merecen a las que podríamos llamar reacciones depresivas habituales que se presentan de

una forma solapada con irritabilidad, disforia, cambio de humor, el niño suele hacer preguntas reiteradas del tipo «¿cuándo me voy?», «¿cuándo viene mi mamá?», y que necesita y espera que se le responda con la verdad en una imperiosa necesidad de calmar su angustia, aunque al momento vuelva a preguntar para obtener el mismo tipo de respuesta. Como en este intercambio adulto-niño se pone en juego la propia angustia del adulto, éste suele resolverla o bien mintiendo, banalizando, o minimizando las quejas del niño. Otra conducta frecuente es tratarse de quitar al niño de encima en lugar de permitirle la exteriorización de la angustia como un reconocimiento del sufrimiento infantil.

Trastornos de conducta

Frecuentes como reacciones negativas a la hospitalización suelen ser los trastornos de conducta, que podría decirse que son la otra cara de la moneda de las reacciones depresivas. En general son peores tolerados por el personal puesto que a menudo ponen en juego la transgresión de la norma y el principio de autoridad.

Conductas autoeróticas

Incluimos en este apartado el Roking, la masturbación, chuparse las manos, etcétera.

Entendemos por conductas autoeróticas aquellas situaciones normales en la infancia que utiliza el niño como medio de proporcionarse placer, establecer una demanda y un modo de comunicación con el exterior.

Estas conductas suelen aumentar en frecuencia durante la hospitalización a modo de recurso para canalizar la angustia y proporcionarse la estimulación

sensitiva que el personal a menudo no cubre. Asimismo hemos constatado que bebés que presentaba roking dejaban de balancearse cuando se daba una mayor intervención por parte de las enfermeras al estimular, acariciar, y hablar al niño. Se plantea aquí el papel necesario que tienen los objetos transicionales a modo de Winnicott. Estos objetos chupete, oso de peluche, texturas cálidas, etc., le son necesarias al niño para superar los momentos difíciles de su vida, los estados depresivos y de angustia, ya que son «sustitutos maternos» y le proporcionan una situación entre su yo y no-yo. Si estos objetos cubren una necesidad en la vida diaria del niño tanto más necesarios le serán durante la hospitalización. Hemos visto cómo son prohibidos o ignorados en ocasiones en aras de una mal entendida asepsia. Se prohíben los chupetes por miedo a las infecciones bucales sometiendo al niño a una situación de auténtica agresión. Como de costumbre la respuesta, «al cabo de tres días el niño se acostumbra», lo que no sabe el adulto es el precio que tiene que pagar por este sometimiento...

El equipo de salud mental en un hospital pediátrico. Atención integral

Para poder entender y explicarnos la situación actual en nuestros hospitales pediátricos, así como la atención que se presta al niño se hace necesario analizar el nacimiento de la pediatría en los comienzos del siglo XX.

Es por esta época cuando la pediatría comienza a tener su identidad. Aparece un interés por los procesos físicos y químicos de los niños.

La idea, por tanto, que se tiene sobre el niño es, la de un ser fragmentado por órganos, que enferman en un determinado momento, negándose por tanto que el niño enferma en su totalidad.

Una vez que la pediatría fue capaz de controlar su mayor reto, es decir, las tasas de morbi-mortalidad infantil, simultáneamente aparecen nuevos conocimientos aportados por la psicología y la psiquiatría infantil al comprobar con las primeras observaciones e investigaciones como al separar al niño de su medio pueden aparecer trastornos psicológicos. De este modo se empieza a comprender también los procesos psicosomáticos y las enfermeras y los médicos muestran un interés efectivo por otras necesidades además de las físicas y terapéuticas.

¿Quiere esto decir que hoy en los hospitales se da una atención integral?

Sin pecar de pesimismo pienso que estamos lejos nuestra realidad concreta de que esto sea posible.

A menudo el personal sanitario estamos tan acostumbrados al hospital que perdemos la verdadera óptica y vivencia que puede tener el niño dentro de él. No en vano pasamos muchas horas de nuestra vida en este lugar, que llega a formar parte de nuestro mundo de relaciones pero para el niño sigue siendo un lugar extraño y medroso y que el sentimiento más prepotente es sin duda el miedo, miedo a lo desconocido, a tener que seguir una dieta rígida o permanecer quieto con lo que esto supone para el niño que es fundamentalmente acción.

Datos estos que han sido suficientemente expuestos en un marco conceptual y teórico por Ana Freud y Emma Plank en dos sociedades tan dispares como la británica y la americana.

De lo dicho se desprende la escasa sensibilidad y atención hacia los problemas psicológicos, al margen de la planificación general que no está definida

en el momento actual y para ser realistas creemos que es preciso un equipo de salud mental en un hospital pediátrico que sirva de sensibilización al resto de los equipos, que satisfaga la demanda de las situaciones críticas y que pueda contribuir a la formación e información de los problemas que presentan el niño durante la hospitalización.

CONCLUSIONES

— Se vislumbra una nueva etapa en la concepción que debe y puede jugar el hospital pediátrico, los esfuerzos deben ir encaminados al bienestar físico, mental y social de los pacientes.

— Debe implicarse a la propia comunidad a la que asiste para que este cambio sea posible, sólo a través de su participación puede lograrse este nuevo concepto de hospital.

— El equipo de salud mental debe contribuir a través de programas de psicoprofilaxis de atención directa.

— Debe ser un agente de cambio en el sentido de sensibilizar al resto de los equipos, en cuanto a lo que supone el sufrimiento psíquico para el niño, haciendo que estos equipos sean conscientes de los aspectos psicosociales.

— Mejorar la colaboración entre las diferentes disciplinas del hospital para contribuir a la atención integral.

— Las discusiones en grupos Balint pueden mejorar la eficacia en el trabajo y dar a éste un nuevo sentido de gratificación y participación.

— Por último la misión del hospital necesita ser redefinida en un amplio debate donde se enmarque su concepto en base a una población determinada, es decir, que sea un sistema integrado de salud.

BIBLIOGRAFIA

- ROSETTE, A., POLETTI y D. DOBBS: *Vivir el Hospital*. Ed. Rol, S.A.
- DR. J. L. PEDREIRA y E. MENDOZA: «Desarrollo y cuidados psicológicos del niño en cuidados intensivos». *Rev. de la Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría*, 1, 84, 1981.
- WINNICOTT, D. W.: *Objetos y fenómenos transicionales. Estudio de la primera posición no-yo*. En escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Ed. Laia. Barcelona, 1979, 313.
- SPITZ: *El primer año de la vida del niño*. Ed. Aguilar. Madrid, 1978, 83.
- HENAR SASTRE: «La hospitalización psicotraumática». Publicado en *Nuestra Revista* Colegio A.T.S. y D.E.

