

LA HOSPITALIZACIÓN DEL NIÑO

Si separáis a un niño enfermo de sus padres, instantáneamente destrozaráis su corazón.

George Armstrong, 1977.

No parece aventurado suponer que la hospitalización puede llegar a tener consecuencias traumáticas para el niño. A nada que se disponga de una mínima capacidad imaginativa para situar a un niño en edad escolar, separado brusca y drásticamente de su madre, es decir solo, en la inhóspita habitación de un hospital, del que con un poco de suerte ha oído decir que es el lugar donde abren la tripita a los niños que comen mal, tendremos que convenir en que, como poco, el niño en cuestión se lo ha de pasar fatal.

En un Ephetá dedicado al tema (1) se dice a este respecto que «...cuando un niño es hospitalizado sufre un sentimiento de abandono muy grande, al mismo tiempo que experimenta soledad y un grado importante de culpabilidad. Asimismo en algunas ocasiones el niño asocia esta mezcla de abandono y soledad con frases de

amenaza y castigo oídas en su casa por realizar alguna travesura.

Los niños pequeños no comprenden lo que es la enfermedad, no saben qué tiempo van a estar separados de sus familiares, amigos, juguetes, escuelas, casa, etc., y si a esto añadimos sus primeros contactos con el hospital con otras personas "disfrazadas", otra cama, otra cuna, otros horarios de alimentación, otra rutina, etc., todo muy extraño para ellos, no cabe la menor duda de que se sienten muy tristes y abandonados. Si a ello añadimos las investigaciones, tratamientos y exploraciones (dolorosas) a que son sometidos con bastante frecuencia, podemos comprender que la experiencia hospitalaria del niño comporte distintos sentimientos y reacciones.»

Naturalmente, para estudiar la naturaleza de un problema digamos que socio-

sanitario importante, no es justo ni deseable basarse en los datos que ofrece la imaginación o en la extrapolación más o menos literaria de experiencias personales.

Por fortuna no faltan estudios serios que demuestran que las consecuencias de una hospitalización incluso breve —e incluso en edades muy precoces— pueden ser muy graves para el niño, estando claramente establecidas también, las fases que de ordinario caracterizan la conducta de un niño durante el tiempo que dura la separación de su familia.

Al parecer(2) son tres las fases que de ordinario caracterizan la conducta de un niño en el tiempo que dura la separación de su familia.

La primera de las fases estudiadas es la de protesta y puede durar desde muy pocas horas hasta una semana o más. El niño sufre una an-

gustia aguda por la pérdida de su madre. Grita desesperadamente, se agita en la cuna, se revuelve y vigila impaciente cualquier señal, cualquier luz o sonido que pueda indicar la presencia de su madre.

Durante la fase de desesperación que sucede a la protesta, la preocupación por la pérdida de la madre es todavía evidente, aunque el tipo de conducta sugiere una creciente desesperanza. El niño se hace introvertido e inactivo, no se interesa por lo que sucede a su alrededor y se muestra profundamente apenado. Es un estado ante el cual a veces, y muy erróneamente por cierto, tiende a considerarse que la angustia ha disminuido.

En esta fase precisamente, el desinterés del niño que le hace permanecer inmóvil en la cama muy modosamente, se identifica por médicos y enfermeras como un signo de buena conducta que se suele apreciar con el calificativo de buen paciente.

La fase de apartamiento (detachment) que tarde o temprano sucede a las de protesta y desesperación, se percibe frecuentemente como un signo de recuperación, ya que el niño se muestra interesado por lo que le rodea. El niño no rechaza ya a las enfermeras. Acepta sus cuidados, la comida, los juguetes que se le ofrecen, y puede sonreír y es sociable. Sin embargo, cuando su madre le visita, puede observarse que las cosas no van bien. En lugar de dar la bienvenida a su madre, puede aparentar no reconocerla y

LAS REACCIONES HABITUALES A LA HOSPITALIZACIÓN SEGÚN FARLEY Y COLS.

- 1) Malestar, incomodidad e irritabilidad.
- 2) Alteraciones del sueño y del apetito.
- 3) Regresión, apareciendo comportamientos anteriores, tales como: la succión del pulgar, el retorno a la alimentación con biberón, comportamiento exigente, pegajoso, negativista, etc. También aparece regresión en el habla y ansiedad de separación, etc.
- 4) Depresión, ampliar oscilaciones del carácter comportamiento hipo e hiperactivo.
- 5) Aparición de fobias y sentimientos de desamparo, insuficiencia e inseguridad.
- 6);Aumento del comportamiento estereotipado de naturaleza compulsiva o ritualizada.
- 7) Errónea interpretación del significado de la enfermedad, hospitalización o intervención quirúrgica. Así, por ejemplo, el dolor o las intervenciones dolorosas, pueden ser consideradas como castigos o transgresiones reales o imaginarias. Los temores de mutilación corporal, pueden estar relacionados con los procedimientos terapéuticos, en especial

cuando éstos afectan a la cabeza, ojos o genitales.

- 8) También se suelen apreciar en el niño concomitantes psicológicos de ansiedad: taquicardia, palpitaciones, hiperventilación o diarrea.
- 9) También se pueden apreciar reacciones de conversión de tipo histérico.
- 10) Reacciones disociativas, amnesia o estados pseudodelirantes.
- 11) Delirio verdadero.
- 12) Reacciones psicóticas (tóxicas o secundarias a ciertos medicamentos, tales como anticonvulsivos o adrenocorticotropinas).
- 13) Cambios en la imagen corporal, en especial en los casos de quemaduras, traumatismos o cuando se ingieren ciertos medicamentos.
- 14) Invalidez crónica.
- 15) Temores evocados de pérdida del auto control y fantasías acerca de la manipulación genital o mutilación durante la anestesia.

permanecer en su presencia lejano y apático. Da la impresión de haber perdido todo interés por ella.

Se sabe que la influencia del factor edad es importante en el grado de repercusión que puede tener en el niño la estancia en un centro hospitalario. Quienes se hallan en edades comprendidas entre aproximadamente 7 meses y 3-4 años parecen ser los más vulnerables psicológicamente, mientras que las consecuencias graves parecen ser raras entre la población en edad escolar. Es importante resaltar de todas formas el límite inferior de los 7 meses, ya que la idea tradicionalmente aceptada de que a esta edad los riesgos son menos evidentes que, por ejemplo, a los 2 ó 3 años, está siendo discutida. Algunos autores señalan que los lactantes, en general, dejan de ganar peso cuando se les separa de sus madres, lo que podría ser debido a un excesivo gasto de energía y a la pérdida de líquido durante el llanto.

De cualquier manera, lo que aquí interesa señalar es que este problema repetidamente tratado en la literatura médica, se contabiliza resignadamente en la partida de costes de la atención hospitalaria en la seguridad de que con todo, el resultado final ha de ser positivo debido al peso que tiene en el balance la atención médica exigida por la enfermedad que motiva el ingreso.

Es un fenómeno corriente éste de aceptar determinados males como si fuesen la

consecuencia necesaria de determinada acción que en sí misma es inevitable. Durante mucho tiempo se ha pensado, por ejemplo, que la alternativa al hospital subequipado es el megalocentro y que una buena atención médica es incompatible con el trato familiar del médico de cabecera. De tal manera que corremos el riesgo de medir la competencia técnica con el grado de deshumanización, como si se tratase de dos elementos complementarios.

No se trata de desorbitar el problema pero sí de denunciar una situación grave en nuestra comunidad, cuya solución por otra parte no requiere excesivos esfuerzos.

La influencia de la hospitalización depende al parecer de numerosos factores: el tipo de relación madre-hijo, por ejemplo, el ya citado de la edad, el tipo de enfermedad, la inteligencia, el grado de información. Precisamente éste de la información y de la preparación psicológica ha sido un factor muy de moda, de manera que en algunos países los folletos y cuentos de preparación para los niños que han de pasar el trance de una hospitalización son algo muy frecuente.

Sin embargo, de cara al papel de la información concretamente, se ha venido observando por un lado que, más peligrosos que los factores negativos conocidos y bien definidos son precisamente los de difícil definición e imposible control y que por otra parte son menores los efectos de un stress



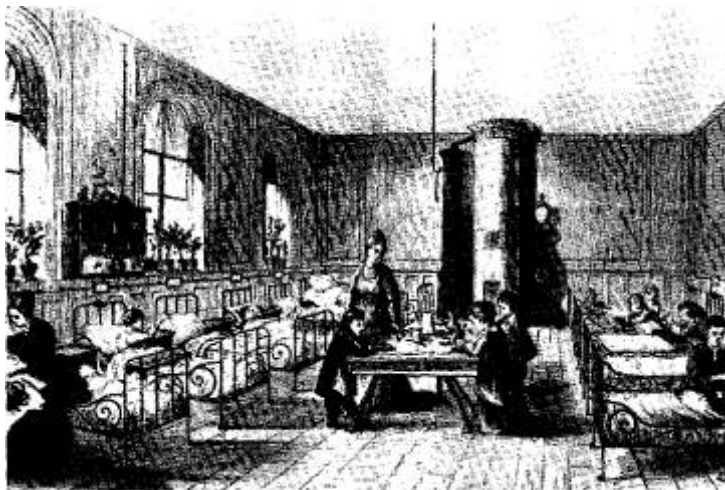
previsible y esperado que los de un stress inesperado.

Esta circunstancia, de ser cierta, limitaría la eficacia de la preparación psicológica previa y, si se quiere, dificulta incluso cualquier otro tipo de tratamiento preventivo. Pero no debe justificarse en ningún caso la inacción en este terreno.

Es mucho lo que puede y debe hacerse para conseguir que la estancia en el hospital sea lo menos traumática y lo más feliz posible para el niño. Son cosas de sentido común, como por ejemplo evitar las hospitalizaciones innecesarias que, desgraciadamente, son práctica habitual en nuestro país, y posponer en lo posible las operaciones electivas. Procurar que el niño lleve un régimen de vida lo más parecido posible al familiar. Que por supuesto pueda utilizar sus juguetes, conservar patrones de comportamiento relacionados con el juego, con el vestido o la comida y

seguir en lo posible las rutinas del hogar en relación con luces nocturnas, rituales de acostarse, etc. Un hospital debe contar con una biblioteca y con una ludoteca, con espacios de juego suficientemente amplios y atractivos. Y por encima de todo debe tener un régimen liberal de visitas.

Evidentemente las visitas, incluso mantenidas en un régimen de liberalidad, no resuelven automáticamente los problemas de la separación. Es corriente que, precisamente después de una visita y más concretamente en el momento en que los padres se despiden, los niños sufran crisis de llanto. De aquí algunos médicos sacan la conclusión de que la limitación de las visitas es beneficiosa para que el niño "histérico" se acostumbre a la situación. Más lógico sería procurar precisamente lo contrario, es decir, hacer posible la permanencia de los padres, fundamentalmente por las noches, y en algu-



nas situaciones críticas, durante las pruebas de diagnóstico, difíciles y dolorosas muchas veces, o en el momento previo e inmediatamente posterior a una intervención quirúrgica.

Según Zetterström, hace 150 años los hospitales para niños tenían una atmósfera familiar y se procuraba que los padres pasasen el mayor tiempo posible con sus hijos enfermos. Sin embargo, hacia finales del siglo pasado la actitud cambió y el motivo que lo justificaba era que existía el peligro real de que los padres introdujesen en las salas un riesgo adicional de transmisión de enfermedades infecciosas. También se empezó a pensar —mentalidad dominante aún hoy en día— que la presencia de los padres no hacía sino aumentar la nostalgia y que los niños aislados tendían a olvidarse más o menos pronto del hogar. Así es como se empezaron a desaconsejar las visitas. Sólo en los casos en que la alimentación de los niños de pecho lo hiciesen necesario o cuando se daba la "privilegiada" cir-

cunstancia —señala con ironía Zetterström— de tener un familiar hospitalizado gravemente enfermo o moribundo, se permitían las visitas con mayor o menor discrecionalidad. Esta situación no ha cambiado para la mayoría de los niños vascos que actualmente tienen la desgracia de ingresar en los servicios hospitalarios de nuestro país. Y ello a pesar de que ya en 1945 el pediatra y psiquiatra americano Bakwin y otros denunciaban las desgraciadas experiencias de los niños literalmente abandonados en un medio de extraño lenguaje y más extrañas costumbres, que son sometidos a prácticas terapéuticas dolorosas, cuyas razones muchas veces no saben interpretar adecuadamente y que tienden a vivirse como si fueran un castigo.

Poco a poco, se tiende a considerar que la compañía de los padres en el hospital es un derecho del niño al que no debe sustraérsele. Desgraciadamente el avance y progreso en la adecuación de medios es pobre y lento.

Las zonas o sectores "madre-niño", donde la convivencia de los niños con sus madres es posible en base a una reserva de camas para adultos destinadas a este fin, se muestran todavía en Europa como lo que son: iniciativas modélicas y aisladas. Es una contradicción más de nuestra sociedad, que tiende a hacer del niño una especie de "Dios" en razón de su enorme peso en la evolución del consumo familiar y que sin embargo tiende a despreciar sus necesidades más elementales. Quizá es algo que tiene que ver con la evolución del maltrato, esa otra paradoja que ocupa tantas camas en los hospitales infantiles.

(1) "Epheta". Revista de Educación Especial. Septiembre-Octubre 1983.

(2) Cfr. Zetterström. "Responses of children to hospitalization". Acta Paediatrica Scandinavica, vol. 73, 1984, págs.