

24
rej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

COLEGIO DE PEDAGOGIA



**EL NIÑO HOSPITALIZADO Y
SU MANEJO PSICOPEDAGÓGICO**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PEDAGOGIA**

**P R E S E N T A :
ARTURO MARTINEZ LEAL**

México, D. F.

1991

COLEGIO DE PEDAGOGIA

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I DESARROLLO DEL NIÑO SANO.	
1.1 Aspectos Generales de la Personalidad del Niño.	6
1.2 La Conducta en el Niño.	15
1.3 Desarrollo Emocional y Afectiva del Niño.	19
CAPITULO II EL PROCESO DE HOSPITALIZACION.	
2.1 Salud y Enfermedad	27
2.2 Preparación del Niño al Ambiente Hospitalario.	32
2.3 Percepción del Niño ante su Hospitalización.	36
2.4 Procedimientos de Hospitalización.	40
CAPITULO III SINDROME DE HOSPITALISMO.	
3.1 El Proceso de Adaptación.	45
3.2 Características y Reacciones.	47
3.3 Ansiedad y Depresión.	56

	PAG.
CAPITULO IV LA FAMILIA Y EL NIÑO HOSPITALIZADO.	
4.1 Aspectos Generales sobre la Familia.	68
4.2 Relación Familiar y el Niño Hospitalizado.	75
4.3 Sugerencias para los padres.	81
CAPITULO V LA ATENCION A PACIENTES ESPECIALES.	
5.1 Algunas Enfermedades Crónicas.	85
5.2 El Paciente con Intento de Suicidio.	95
CAPITULO VI ATENCION PSICOPEDAGOGICA DEL NIÑO - HOSPITALIZADO. (EL CASO DEL I.N.P.)	
6.1 Las Terapias Ocupacionales, Recreativas y Educativas con el Niño Hospitalizado.	106
CONCLUSIONES.	119
BIBLIOGRAFIA.	123
ANEXO	128

INTRODUCCION.

En nuestro país son varios los hospitales dedicados a la atención pediátrica y sólo unos pocos contemplan con visión más amplia el manejo de la enfermedad y el tratamiento integral de un niño en su hospitalización, es decir, no sólo los aspectos médicos sino también las necesidades afectivas y emocionales por las que atraviesa durante su padecimiento.

La demanda en nuestros hospitales a nivel pediátrico es una realidad en constante crecimiento, más aún si recordamos que el mayor porcentaje de la población mexicana está constituido por jóvenes y niños, en esa misma medida, el concepto clásico y anacrónico de la atención médica, remitida exclusivamente a aspectos fisiológicos de la enfermedad y su tratamiento, empieza a transformarse en nuestra sociedad, para incorporar nociones de otras disciplinas que favorezcan el desarrollo integral del niños hospitalizado.

El presente trabajo tiene como propósito brindar una opción casi desconocida para el ámbito pedagógico, ya que este tema pocas veces ha sido objeto de estudio para nuestra disciplina y por lo regular son otras las (disciplinas) que han abordado desde sus posturas muy particulares al niño hospitalizado, o bien, a lo que se ha dado por llamar "síndrome de hospitalismo", es decir, un conjunto de síntomas que repercuten tanto física como emocionalmente, por el ingreso a un ambiente hospitalario, presentándose en menor o mayor grado se

gún la capacidad de adaptabilidad al medio o situación de cada sujeto.

La enfermedad y más aún, la hospitalización, representa para el ser humano un desajuste bio-psico-social; si para un adulto esto es difícil, para la población infantil representa un mayor impacto emocional.

La Pedagogía, Psicología, Psiquiatría y Medicina han dedicado sus esfuerzos para contrarrestar este desajuste emocional, experimentado con mayor frecuencia por pacientes pediátricos durante un internamiento prolongado, que en ocasiones puede ver afectado su tratamiento y recuperación normal por este hecho.

Ante esta problemática, el trabajo pretende brindar alternativas, aspectos fundamentados y básicos para el manejo del niño hospitalizado, desde un enfoque psicopedagógico, que ayuden a disminuir el desajuste emocional causado por la hospitalización e incorporarlo de una manera armónica al medio del cual formará parte durante el tiempo que permanezca en él. También intenta dar a conocer y entender una serie de elementos, necesidades e intereses del niño enfermo y de la dinámica en general durante su proceso de hospitalización.

Todo este interés se genera a partir de la experiencia vivida y compartida con niños hospitalizados a lo largo de cinco

años en el Instituto Nacional de Pediatría. Es poca la información bibliográfica acerca del tema, por lo que esto me invita a contribuir de alguna forma y dejar una alternativa al respecto. Tanto la información como las experiencias sobre el tema provienen en su mayoría del extranjero, a lo que - - nuestra realidad cultural, económica y social no podría adaptarse.

De todo lo anterior, intenta demostrarse la importancia de crear en nuestros hospitales pediátricos, servicios o departamentos que tengan como norma u objetivo mejorar la estancia y lograr una adecuada adaptación al ambiente hospitalario de sus pacientes durante el tiempo que permanezcan en él. Servicios con programas y material suficiente para proporcionar al niño hospitalizado una atención educativa, recreativa y ocupacional, tomando en cuenta su nivel de madurez, escolaridad, sus limitaciones físicas, la duración de su hospitalización, sus intereses y necesidades de acuerdo a su edad. Y con ésto contrarrestar en alguna forma el desequilibrio emocional provocado por su hospitalización.

Es evidente la relación de este tema con el campo pedagógico, incluso me atrevo a decir novedoso, dado que no es común el manejo del fenómeno educativo bajo situaciones y condiciones de este tipo. Finalmente estoy convencido plena-

mente de la importancia de esta actividad como una alternati
va más para el pedagogo tanto en la investigación, planea-
ción, y la práctica pedagógica concreta como es la evalua-
ción de cada una de las acciones encaminadas al bienestar de
nuestros pequeños enfermos.

Por último quiero hacer notar, que el contenido del pre-
sente trabajo en su mayoría está fundamentado a partir de --
las experiencias y observaciones del autor, en el Servicio -
de Escolaridad del Instituto Nacional de Pediatría, más que-
de la revisión bibliográfica, que también fué necesaria.

C A P I T U L O I

DESARROLLO DEL NIÑO SANO

CAPITULO I

1.1 ASPECTOS GENERALES DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO.

En la actualidad el conocimiento sistemático de la infancia desde el punto de vista de distintas disciplinas, nos permite tener una respuesta amplia a las dudas que sobre los cambios biológicos y psicológicos se presentan de una etapa a otra en el niño. Esto resulta de gran importancia para todo aquel profesional dedicado al cuidado o manejo de niños y más aún, el tener la capacidad de comprensión suficiente para ubicar cada una de las etapas del niño, o bien, del desarrollo en general.

Tener un panorama global sobre el desarrollo del niño "sano" es indispensable para poder contrastar los desajustes emocionales cuando la vida del niño se ve alterada por la presencia de una enfermedad y de una posible hospitalización que cambia el curso de su vida normal o de su desarrollo. Este tipo de experiencia es factible que se presente durante el crecimiento de cualquier niño y en la mayoría de los casos los niños reaccionan en algún momento con desórdenes en su comportamiento o posteriormente en la estructura de su personalidad. Es por esto que es necesario conocer las conductas y reacciones del niño "normal" o "sano" para que a partir de ello al observar a un niño enfermo u hospitalizado, podamos establecer un parámetro de comparación de los posibles efectos de tales acontecimientos a nivel psicopatológico y así brindar una asistencia profesional que pueda impedir trastornos posterior-

res.

Bajo la anterior referencia podemos situar al niño con mayor precisión en la etapa de desarrollo por la que atraviesa identificando áreas específicas que constituyen la base de su personalidad. Reconocer a su vez en el proceso de crecimiento a cada niño individualmente, a pesar de que los estudios sobre el desarrollo de la infancia nos brinden tópicos que puedan aplicarse en parte a los niños en general, nos da la oportunidad de manejar en forma particular elementos caracterológicos, rasgos y estados del individuo a partir de sus propias necesidades, sentimientos e intereses.

Además de considerar a cada niño como un ente individual, debemos entenderlo como un sujeto en continua acción recíproca con el medio social que a partir de esto irá conformando su conducta y personalidad.

El estudio de las leyes del desarrollo del niño, además de sus implicaciones prácticas tiene un significado teórico, pues a partir de los distintos conocimientos, enfoques y posturas, la interpretación que se tiene del niño variará, lo cual puede conducirnos a no diferenciar entre estas tentativas explicativas y el desarrollo de un criterio como educador propio, claro y ordenado. El estudio sistemático acerca del niño y sus aplicaciones, nos proporciona hechos útiles para la comprensión y diagnóstico de la conducta del niño para indicar métodos adecuados de modificación de la misma así

como procedimientos, normas o estándares que pueden usarse - para evaluar en un momento dado el desarrollo particular de una criatura, estas escalas pueden mostrarnos normalidad o - anormalidad en áreas sensoriales, motoras, afectivas, cognos citivas o sociales que nos sirven como guías para estimular tanto el crecimiento físico como el psicológico.

Por otra parte, son numerosas las teorías que sostienen que el desarrollo pasa por etapas, las cuales poseen caracte rísticas predecibles que son normales en ellas, es decir cada etapa de la infancia entraña un sello único y permanente para la personalidad futura.

Ahora bien, al hablar de desarrollo y crecimiento damos por hecho que estos conceptos resultan sinónimos o signifi-- can lo mismo cuando en realidad son dos cosas distintas aun que inseparables. El crecimiento se refiere a cambios cuanti tativos en tanto que el desarrollo se refiere a cambios cuan titativos y cualitativos, se puede definir como un proceso - consecutivo amplio y complejo de una serie de cambios con -- una dirección ordenada y coherente, dichos cambios afectan - a los individuos en la medida en que la edad va en aumento y a partir de la acumulación de experiencias. También debemos ubicarnos en la mayoría de aspectos que se involucran de ma nera directa o indirecta en el proceso, ya que hablar de desarrollo no debe remitirnos exclusivamente a lo fisiológico- o físico, sino de igual forma a lo social, es decir, no bas-

ta con conocer las funciones de ciertos órganos si no somos capaces de entender que el medio externo tiene gran influencia en un momento dado en la estructura orgánica en general del ser humano.

Las relaciones recíprocas que mantienen los organismos con su medio, forman nuevas propiedades que modifican la estructura del sujeto en un proceso constante de asimilación y, sobre todo es el medio social el que ejerce mayor influencia resultando una de las causas principales del desarrollo de la conciencia del individuo en crecimiento. En esta medida el desarrollo humano se ve afectado por posibilidades, causas y condiciones; las "posibilidades" nos remiten a los estudios genéticos donde la herencia no es un factor que se dé sólo en músculos, cerebro y demás órganos, sino involucrar ciertas características como capacidades intelectuales, dotes y aptitudes, determinadas a su vez por "causas" que provienen a partir del tipo de interacción entre medio social y el sujeto, lo anterior implica siempre una acción mutua y activa de comunicación con el mundo que le rodea lo que será la causa de su posterior desarrollo psíquico.

Para que toda causa actúe son necesarias las "condiciones" en el desarrollo infantil, la actividad autónoma del niño en sus primeras etapas es una suma de movimientos impotentes y desordenados, hasta que el adulto los orienta para encauzar y dirigir la actividad del pequeño mediante un siste-

ma de estímulos instructivos y educadores que llevan a consolidar en cada niño cualidades positivas del carácter. Al respecto Elizabeth Hurlock nos dice:

"El ambiente en que viven los niños durante los primeros años de formación de su vida tiene efectos importantes sobre sus potenciales hereditarios. De entre los muchos factores ambientales -- que existen se pueden aislar seis considerándolos especialmente importantes y casi universales en sus efectos . . ." (1).

Estos seis factores de los que nos habla son; 1) Las relaciones interpersonales favorables que el niño establece -- principalmente con miembros de la familia que animan y orientan el desarrollo del niño a buenas adaptaciones personales y sociales. 2) Los estados emocionales que pueden ir quizás-- desde privaciones, rechazos o separación de los padres, conduciendo esto a trastornos en la personalidad del niño. 3) - Los métodos de crianza de los niños es otro factor determinante, ya que las actitudes demasiado permisivas, autoritarias o desinteresadas por parte de los padres a los hijos -- llegan a desequilibrar la visión del niño hacia sí mismo y - sus progenitores y posteriormente hacia su entorno social. - 4) Asimismo el hecho de que el niño, por lo regular el primogénito, asume papeles precoces como por ejemplo de responsabilidad en el hogar y cuidado de sus hermanos, es muy posible que le lleve a desarrollar hábitos con tendencias autoritarias en un futuro. 5) Otro de los factores que nos dice, -

(1) HURLOCK, ELIZABETH. B. Desarrollo del Niño. México. Mc. Graw-Hill 1982 p. 26.

que el niño es el reflejo de la estructura familiar, el éxito o fracaso de estas estructuras tendrá estrecha relación con las actitudes y conductas en el futuro del niño, ya que sentirse desconfiado, ansioso, rígido, o bien, con seguridad y confianza. 6) El último factor que nos menciona Elizabeth Hurlock es el de la estimulación ambiental, ya que ésta puede fomentar los potenciales heredados del niño durante su desarrollo, para lo cual es importante crear en él una atmósfera de imágenes positivas, que van desde las palabras hasta las acciones concretas dirigidas al niño.

La personalidad en todo sujeto se constituye como hemos visto hasta el momento, por un conglomerado de factores que se relacionan unos con otros presentándose características -- particulares en cada estadio del desarrollo del ser humano, -- es por esto que al hablar de la personalidad es indispensable analizar cada uno de los estadios o etapas del desarrollo del individuo pues cada uno de ellos, brindará las pautas necesarias para la personalidad futura del niño.

(Según estudios sobre la personalidad y el papel que desempeña ésta en las sociedades modernas es fundamental en las buenas adaptaciones en la vida del hombre). En la actualidad tanto padres como maestros hacen gran hincapié sobre los pautrones del desarrollo de la personalidad de sus niños, motivo por el cual los estudios científicos se han incrementado en este tema, obteniendo como evidencia que el aprendizaje, (por

medio de las experiencias de cada niño) desempeña un papel importante en el desarrollo de la personalidad, es decir, tanto los factores hereditarios como ambientales influyen en cada individuo de distinta forma e intensidad; en este sentido los patrones de personalidad pueden controlarse, cambiarse o modificarse para conducir al niño a mejores adaptaciones personales y sociales. Así pues, la personalidad no es un atributo - definido y específico; es la casualidad de la conducta total de la persona.

El "patrón" de la personalidad tiene dos componentes, el "autoconcepto" y los rasgos. El primero se refiere al concepto que tienen las propias personas sobre quien y qué son, ya que a partir de aquí se determinará el papel que desempeñan - sus relaciones con otros y las reacciones de los demás hacia ellos. El segundo componente los "rasgos" son entendidos como cualidades específicas tales como las reacciones ante las - - frustraciones, los modos de afrontar los problemas, las conductas agresivas y defensivas, el retraimiento en presencia de - otros. Estos rasgos tienen una estrecha relación con el autoconcepto o se ven afectados por este último.

Es muy evidente en el caso de los niños con padecimien--tos crónicos u hospitalizados que tanto el autoconcepto como los rasgos se vean devaluados, sobre todo cuando algunas en--fermedades deterioran su imagen física de igual modo su con--ducta puede verse afectada, en otras etapas de su desarrollo,

un patrón de personalidad más estable en el cual factores como su medio familiar pudieran ser la base del actual desajuste en su persona.

Por medio del aprendizaje (2) se van adquiriendo las actitudes hacia uno mismo así como los métodos característicos para responder a las personas o situaciones, en esta forma -- las experiencias tempranas de aprendizaje tienen lugar primordialmente en la familia y después se llevan a cabo en ambientes diferentes, escuela, juegos, amigos. Por lo regular, el patrón de personalidad se asocia a la maduración de las características físicas y mentales y a la dotación hereditaria de cada individuo, constituyendo la base de la estructura del patrón de personalidad.

Anteriormente hablamos de que el estudio por etapas en el desarrollo del niño nos permite precisar los detalles característicos bajo una visión práctica y sistemática. De acuerdo a cada teoría o autor varía la clasificación, por ejemplo podemos ubicar al sujeto de acuerdo a su edad, y al periodo escolar por el que atraviesa:

- 1) Periodo del recién nacido (de 0 a 1 año).
- 2) Periodo de la infancia anterior a la preescolar (de 1 a 3 años).
- 3) Periodo de la infancia preescolar (de 3 a 7 años).
- 4) Periodo de la infancia escolar primaria (de 7 a 12 años).

(2) El aprendizaje entendido como un cambio permanente de la conducta que cabe explicar en términos de experiencias y práctica. Es un proceso interno y después se manifiesta con frecuencia en conductas observables.

- 5) Periodo de la adolescencia o de la edad escolar media (de los 12 a los 15 años).
- 6) Periodo juvenil o de la edad juvenil superior (de los 15 a los 17 años).

Las clasificaciones por etapas en el desarrollo psicológico son una área muy trabajada por gente como Freud, Erickson, Piaget y otros, que de algún modo nos permiten conocer al niño bajo puntos de vista interesantes, en cuanto al desarrollo cognoscitivo, psicosocial, del "yo", de los impulsos y otros (3).

Por otra parte, de entre las causas principales de la desadaptación de la personalidad tenemos el autorrechazo que se presenta por lo regular en niños que por uno u otro motivo -- sienten menosprecio y desagrado hacia ellos mismos, de esta -- misma forma rechazan a quien se encuentra a su alrededor.

Cuando se observan en el niño una serie de rasgos es importante considerarlos como una señal de peligro. Las conductas desadaptadas tienen posibilidades de persistir a menos que se detecten trastornos menores o se tomen medidas de corrección, ya que las desadaptaciones en la infancia repercuten en la vida. El alcanzar autoconceptos realistas y patrones conductuales de acuerdo a las expectativas sociales, nos puede ayudar a tener niños bien adaptados que puedan alcanzar la felicidad.

- - - - -
(3) Con el fin de profundizar y analizar cada una de estas etapas y criterios de clasificación recomiendo revisar el Cuadro Anexo, ya que esto completa la visión del desarrollo del niño.

1.2 LA CONDUCTA EN EL NIÑO.

En más de una ocasión nos hemos extrañado o preguntado por qué cada ser humano nos comportamos de una forma muy particular ante un determinado tipo de estímulo. Es por esto -- que es necesario antes entender el término conducta, según - algunos autores.

"La conducta está definida como un cambio en el organismo que se traduce en alguna forma de comportamiento observable, (...) definiremos a la conducta como toda aquella actividad, verbal o motora, de un organismo que puede ser observable por otra persona". (4)

Por otra parte, hay que considerar que también la conducta, puede producir cambios en el ambiente y viceversa en una acción de intercambio entre el medio y el sujeto. Asimismo no todas las conductas pueden estar bajo control, o bien, ser observables.

Bajo la postura teórica como lo es el conductismo nos remite a la definición de dos conceptos, el estímulo y la -- respuesta, el primero entendido como cualquier fenómeno, físico, químico, orgánico o social que es capaz de determinar un cambio en el comportamiento, aunque es cierto que no todos los estímulos tienen un efecto sobre la conducta.

La respuesta viene a ser la reacción ya sea a nivel orgánico o de comportamiento en el sujeto relacionado al estímulo, en esa medida, cuando las reacciones son muy complejas esta--

(4) PINEDA FLORES, LUIS ANTONIO y otros. Selección y entrenamiento de monitores en hospitales psiquiátricos. México, Editorial Trillas, 1987, p. 19.

rfamos hablando de conducta.

Durante cada período de desarrollo el sujeto va manifestando patrones de conducta que se apegan a las normas de conducta esperadas. Aquellos patrones que se desvían de las normas que han establecido padres, maestros y otros adultos, se les ha llamado "conductas problemáticas", producidas en su - mayoría, por una inadecuada adaptación del niño a la serie - de exigencias ambientales además de los cambios biológicos - (como en el caso de los niños que atraviesan por la pubertad) que le provocan un descontrol social y de identidad.

En una primera etapa (del nacimiento al año de vida) el niño manifiesta la conducta por una serie de expresiones como el llanto, la risa, su actividad motora se intensifica, - es demandante pero sumamente dependiente. Las relaciones que establece son de índole objetal tendientes a satisfacer sus - necesidades. Comunmente se muestra ansioso ante los extraños y al no ver satisfechas sus necesidades biológicas.

Posteriormente en la segunda etapa (dos años de vida) - el niño que comienza a tener mayor autonomía tanto motriz como en sus relaciones, a pesar de que la figura principal sigue siendo la madre, sus instintos lo llevan a tirar o aventar objetos, de igual forma a hacer brinches. La ansiedad - proviene ahora de la vergüenza y desaprobación que siente el niño de los adultos, por ejemplo; cuando el niño se orina, - cuando se ensucia, cuando destruye.

En la tercera etapa (de los 2 a los 6 años) al desarrollarse más la actividad motora en general así como el lenguaje, el niño ya es capaz de manifestar sentimientos como envidia, rivalidad, también comienza a manifestar identidad sexual, es la etapa en la que el niño explora su cuerpo, incluyendo sus órganos sexuales. Al expresar agresión lo hace tanto física como verbalmente. En esta etapa el niño también puede experimentar ansiedad originada en parte, a la separación del padre (por lo regular del sexo opuesto del niño). Experimenta sentimientos de culpa y de castración cuando el niño inhibe sus impulsos. Por motivos sexuales el niño es curioso y exhibicionista como un juego por el cual experimenta placer y va conformando su identidad sexual. Nussen comenta al respecto:

" Al aumentar la edad y experiencia el niño, aprende a exhibir las formas de agresión que la cultura define como aceptables, y a inhibir expresiones agresivas (tipos comúnmente más groseras y violentas) que se consideran menos aceptables".(5)

Su capacidad para relacionarse con sus compañeros y -- adultos fuera de su hogar se incrementa. En ese momento algunos temores y envidias, se adormecen, por así decirlo, para reactivarse en la pubertad.

En la última etapa (de 12 a 18 años), el sujeto hace frente a toda una serie de cambios tanto físicos como psico

(5) MUSSEN, CONGER KAGAN. Desarrollo de la personalidad en el niño. México, Editorial Trillas. 1977 p. 385.

lógicos, en donde su identidad se ve confundida por conflictos propios de su edad, en esa medida el comportamiento en el adolescente es muy variable, sus sentimientos agresivos son exagerados, la rebeldía a los patrones establecidos tanto de los padres como de la sociedad los cuestiona asumiendo una postura idealista. Se recluye en la intimidad y en cierto aislamiento que es un paso necesario hacia su independencia y madurez.

Podemos decir que los anteriores patrones de conducta, mencionados de manera muy general, constituyen en cada una de las etapas del desarrollo lo "esperado o normal" tanto en el niño como en el adolescente. Sin embargo, sabemos que las situaciones de tensión en cualquier niño afectan directamente su comportamiento provocando una crisis o perturbación, como es el caso de un niño hospitalizado. Es cierto también que dicha tensión variará según el nivel de desarrollo que éste haya alcanzado.

Durante el crecimiento del niño hay un sinnúmero de estímulos a los que él reaccionará, algunos de estos estímulos emanan del medio externo, otros de la propia conducta del niño y otros más de su estructura y funcionamiento biológico, por lo tanto el niño no es una fuente de respuestas, sino también fuente de algunos estímulos.

"Una madre rechazante, una nalgada, la caída de una bicicleta, un gesto, (...) el regaño de una persona de importancia para el niño, estos y muchos otros similares pueden considerarse como poseedores de una función de estímulo que debilitan, "castigan" las conductas . . ." (6)

La situación de estímulo en el niño hospitalizado es -- fuente de una conducta problemática y perturbadora que interrumpe su desarrollo emocional y afectivo. Los estímulos que percibe en un ambiente poco estimulador le provocan respuestas de inseguridad aunadas a la actitud de otras personas -- que le rodean y que acentúan esa inseguridad, estímulos que el medio ambiente proporciona al niño y que él experimenta -- en forma particular.

El niño en estas condiciones puede dar respuesta ante -- la ansiedad por medio de maniobras defensivas, o bien, comúnmente llamada "conducta de defensa" que son acciones psicológicas en el sujeto y que lo protegen de la desorganización -- que sufre el comportamiento en esos momentos, de los cuales hablaremos posteriormente en el capítulo III explicando los mecanismos más comunes en el niño hospitalizado.

1.3 DESARROLLO EMOCIONAL Y AFECTIVO DEL NIÑO.

El aspecto emocional y afectivo desempeña un papel importantísimo en el desarrollo de todo ser humano (sin preci-

- - - - -
(6) BIJOU SIPNEY, W. y BAER M. DONALD. Psicología del desarrollo infantil. México, Editorial Trillas, 1973 P. 32.

sar la etapa en que vive). Saber como afectan estos factores en la adaptación personal y social nos permite diferenciar - los niveles emotivos en cada persona. En esta área el estudio con el niño ha sido difícil en cuanto a la información - obtenida, pues resulta subjetiva, ya que por la edad otro ti - po de técnicas (ha no ser de la observación) serían imposi- - bles en su aplicación. Por medio de la observación del niño - se pueden encontrar expresiones abiertas tanto en su rostro - como en sus movimientos, pero que tampoco son muy confiables porque el niño comienza a aprender a controlar sus emociones, por ejemplo: de ira, celos, aflicción, de agrado o desagrado.

Siendo así, las emociones llevan implícitas el reconoci - miento de carácter social, pues las personas evalúan a los - niños por la manera de expresar sus emociones y cuales son - más predominantes en ellos, así como pueden llegar a fomen- - tar o alejar la interacción social si éstas se manifiestan - en forma agradable o desagradable consecutivamente.

Antes de continuar es necesario dejar en claro los tér- - minos de emoción y de afecto con el fin de tener claridad en los comentarios posteriores. Considero que la definición más apropiada la da Bijou al decir;

". . . emoción como un término general se refiere a las interacciones entre ciertas condiciones estímuladoras y patrones de conducta respondientes, amplios y definidos (...). De este modo, las "emociones" son conductas arbitrariamente destacadas por la tradición verbal ..." (7).

Del mismo modo el afecto son la serie de reacciones como las experiencias cotidianas de agrado y desagrado; reciben un nombre de tono afectivo. Los psicólogos antiguos llamaban a estos estados afectivos "sentimientos", en tanto las "emociones" las clasificaban para reacciones más profundas e intensas como el miedo, el goce, la ira. Pero para distinguir entre sentimientos y emociones la característica de intensidad o de excitación no es suficiente, más que nada, los sentimientos son una cualidad del tono afectivo reflejada en las experiencias. La emoción se refleja en toda la conducta por lo que podemos observarla en otros seres humanos y en los animales.

Pareciera que al hablar de emoción, afecto, sentimientos, sensaciones, nos refiriéramos a elementos muy independientes, pero todos ellos guardan estrecha relación durante todo el proceso del desarrollo humano.

Anteriormente se pensaba (creencias tradicionales) que algunos factores determinaban la capacidad para responder de una forma emotiva y afectiva, como ejemplo: si los niños nacían con el cabello color pelirrojo tenían tendencia a ser -

- - - - -
(7) Ibidem, P. 163.

de temperamento "fiero", o si tenian humores corporales esto se asociaba a su forma emotiva de ser en un futuro. Hoy en día, lo que es cierto, según evidencias, es que las condiciones ambientales son en parte las responsables de las diferencias en las características emocionales. El desarrollo emocional se ve afectado por una serie de patrones de aprendizaje que van desde el ensayo y error (a comienzos de la infancia los niños van tanteando sus expresiones emocionales en formas de conductas, con el fin de saber que resultados-satisfactorios o no-encuentran con ellas); por imitación o identificación (copian las reacciones emocionales de otras personas); o hasta por adiestramiento (se les enseña a los niños el modo apropiado de respuesta, cuando se provoca una emoción dada).

El ser humano desde sus primeros días da señales de su conducta emotiva, aunque no da respuestas bien definidas, - la excitación general refleja la actividad masiva y nos ayuda a identificar estados emocionales específicos. Ya desde pequeño se diferencian las reacciones a estímulos que sugieren placer o desagrado, en el proceso de maduración biológica evidenciamos que los niños llegan a responder a estímulos que consideraban insuficientes en una edad anterior, es por esto que en las emociones intervienen reacciones de intereses y de actitudes.

Dentro de los patrones emocionales comunes se ha descu

bierto que el temor, la timidez, la vergüenza, la preocupación, la ira, la ansiedad y los celos son respuestas "típicas" que se presentan en todas las edades la frecuencia y - la intensidad en que los niños las manifiestan varía de - - acuerdo a factores como la situación, el momento, las necesidades físicas y emocionales, la edad y maduración del sujeto, control que él mismo hace de sus emociones, etc. Las variaciones se deben también, en parte, por el estado físico de los niños (como en el caso de los hospitalizados), el momento de que se trate y sus niveles intelectuales. Los niños "sanos" tienden a ser "menos emocionales" que aquellos - cuya salud es mala, lo cual de algún modo los obliga a ser más expresivos por las condiciones en que están viviendo.

Las expresiones afectivas pueden caracterizarse por ser abiertas o inhibidas. En el niño la expresión abierta más común es el llanto, el cual denota aflicción, puede ser tan -- prolongado como angustioso cercano a la histeria hasta quedar agotados.

Las expresiones inhibidas de alguna aflicción consisten en un estado general de apatía y una pérdida de interés manifiesta por ejemplo en insomnio, negarse a jugar, falta de comunicación con otros, indiferencia, falta de apetito y otras.

Comunmente los niños descargan su energía acumulada por medio de las expresiones afectivas (a esto lo conocemos como catarsis emocional). Estas maneras de liberar su tensión pueden

den ser abiertas, interiorizadas o con un carácter constructivo. El niño responde abiertamente, ante un regaño o un estímulo o satisfactor en forma de berrinche, malhumor, irritación. En la interiorización el niño ante el regaño puede asumir un sentimiento de culpa tan profundo al grado de tener efectos posteriores en su desarrollo mental.

El liberar la tensión emocional por medio de una actividad subliminal o constructiva puede aliviar la energía cargada en el sistema nervioso. Por ejemplo, el juego permite a los niños eliminar angustias y tensiones, así como la actividad física.

Una serie de condiciones contribuyen al predominio de ciertas emociones. La salud fomenta emociones placenteras en los sujetos. El clima en el hogar, rodeado de estímulos que alimentan la felicidad en cada uno de sus integrantes. Las relaciones sociales nos brindan manifestaciones de rechazo o aceptación, en ese sentido se experimentarán emociones agradables o desagradables. La sobreprotección como el exceso de afecto por parte de los padres a su hijos, conducen a que los niños solo demuestren su afecto exclusivamente a una o dos personas y con toda posibilidad a crearles una actitud despotica, tirana, narcisista, deshumanizada.

En nuestro medio hospitalario las condiciones físicas en el niño enfermo contribuyen a un estado emocional de exaltación, provocado por un desequilibrio en la salud debido a una

mala nutrición, a trastornos digestivos o enfermedades.

Se puede decir que los tres primeros años de vida en el niño son esenciales para su futuro desarrollo emocional, y - que los eventos tales como la enfermedad y las hospitaliza-- ciones, sitúan al niño bajo presiones excesivas que de algún modo obligan al sujeto a hacer maniobras defensivas para po-- der soportar la ansiedad que en ese momento padece. Los estí-- mulos y cuidados de la gente con la que establece una rela-- ción estrecha el niño, llegan a ser tan importantes en esos-- períodos que logran cubrir necesidades afectivas básicas. El prevenir las presiones de una enfermedad, de la separación - de un medio ambiente familiar y otras situaciones más, puede asegurarnos tener niños bien adaptados tanto física como emo cionalmente.

C A P I T U L O I I

EL PROCESO DE HOSPITALIZACION

CAPITULO II

2.1 SALUD Y ENFERMEDAD.

Algunos factores durante la vida cotidiana del ser humano revisten gran importancia como es el caso de la salud y la enfermedad. Estos conceptos han sufrido con el paso del tiempo una serie de modificaciones o adecuaciones que en términos generales mencionaremos.

En un principio el concepto de salud se remitía exclusivamente a un enfoque organista o biológico en donde se consideraba sólo como un estado de equilibrio físico en el individuo, sin considerar que el ser humano es una entidad biopsico social. Con el paso del tiempo dicho concepto se ha modificado quedando en nuestros días un enfoque más integral sobre la salud; en el cual el equilibrio es considerado como un estado de completo bienestar físico, mental y social; entendiendo como bienestar la adaptación al medio físico que rodea al sujeto. Es necesario considerar, que el hombre se encuentra luchando constantemente en su medio contra aquellas condiciones que en un momento dado intervienen para modificar o desajustar dicho equilibrio, es por ésto que al hablar de salud debe mos entender al hombre como pieza fundamental para que ese es tado de "armonía integral" se lleve a cabo.

En el niño el interés por su salud no significa una preocupación consciente como lo es en el adulto. Más que nada, -- son los adultos (padres, maestros, etc.) quienes están pen-

dientes de que los niños desarrollen acciones adecuadas para la salud, tales como dormir y comer suficientemente y protegerse contra otro tipo de elementos, en esa medida son los adultos quienes hacen que el niño desarrolle una conciencia de interés por la salud.

Ya en la adolescencia el joven al respecto desarrolla otro tipo de valores, aquel desinterés por la salud se va transformando en una preocupación que en ocasiones llega a convertirse en una obsesión, esto modificado en parte por la importancia que representa su identidad física. El crecimiento físico acelerado en esta etapa conduce al desarrollo de interés por su salud.

En algunos niños existe un interés por la salud respecto a algunas enfermedades como los gérmenes, en donde ellos desean saber que son estos últimos, que aspecto tienen, como entran en el cuerpo, como las personas pueden evitar algunas enfermedades y como se pueden curar enfermedades con los medicamentos. Más sin embargo la atención del niño se encuentra ocupada en otros aspectos más que en su salud. A partir de la difusión actual en los medios de comunicación y en los mismos centros escolares, es como el niño puede advertir que la salud es de vital importancia en todo su desarrollo, pero a pesar de todo ello la enfermedad y las posibles hospitalizaciones constituyen con frecuencia una posibilidad que no hay que descartar en el desarrollo infantil.

Es preciso en este sentido aclarar el término de enfermedad, entendido como cualquier estado que perturba el funcionamiento físico o mental de una persona, afectando su equilibrio y bienestar. Dicho en otras palabras es la pérdida del equilibrio dinámico que mantiene la composición, estructura y función del organismo. La enfermedad constituye un perjuicio cuya influencia sobre el paciente depende no sólo de la naturaleza y gravedad de la afección, sino también de la actitud personal ante la misma y de las condiciones de vida del enfermo. En esta medida, la enfermedad no sólo causa daños al sujeto que la padece, sino también a su familia y a la sociedad en conjunto.

Tener en cuenta lo anterior nos permite considerar que las enfermedades pueden ser "típicas" en ciertas edades. Durante los primeros años de vida del niño las enfermedades respiratorias y gastrointestinales son frecuentes y en ocasiones fatales. Las enfermedades comunmente llamadas "infantiles" como la polio, sarampión, varicela, rubéola, tosferina, difteria y otras, se presentan entre los tres y ocho años aproximadamente, con mayor frecuencia en aquellos niños que no han sido vacunados y que quedan expuestos con mayor riesgo a ellas. Los trastornos digestivos o respiratorios, tanto como los accidentes también son comunes en este período.

La pubertad es un período de "edad sana" por así decir-

lo en la que son poco frecuentes las enfermedades graves, antes de la maduración sexual es característica la mala salud, más no se deja de estar en riesgo por factores como los accidentes.

Según estudios, algunos niños pueden ser más propensos a enfermedades que las que normalmente les corresponden y --
tienden a sentirse peor cuando están enfermos. Esto puede de
berse a causas físicas o psicológicas. En cuanto al aspecto-
físico, aquellos niños que tuvieron un ambiente prenatal di-
fícil llegan a tener dificultades para adaptarse a la vida -
posnatal. Los niños cuya nutrición es buena, antes y después
del nacimiento, tienden a ser más sanos y menos propensos a-
enfermedades, de igual forma a los niños que son inmunizados
tempranamente en su vida.

Se ha observado que entre los factores psicológicos que
parecen predisponer a las criaturas a enfermedades, los ni--
ños criados por medio de métodos autoritarios tienden a ser-
nerviosos y excitables y por lo tanto enfermizos. De cual- -
quier forma si una enfermedad es física o psicológica en su-
origen, provoca cambios en el desarrollo, la conducta, las -
actitudes y la personalidad.

La enfermedad puede ser ligera o intensa, crónica o pro
longada, de la gravedad y duración de ésta dependerán en par
te las actitudes o reacciones del niño.

Entre los efectos de las enfermedades en los niños, podemos evidenciar que a menudo trastornan el equilibrio emocional, en este sentido los niños se muestran más irritables y propensos a las ansiedades.

Cuando las enfermedades son prolongadas y esto implica una separación de su grupo de compañeros o amigos, no aprenden patrones de conducta sociales como los de éstos, y si son mimados en su hogar tienden a manifestar actitudes socialmente separatistas.

Es cierto que en los períodos de recuperación de la salud es necesario que se limiten actividades, esto llena de frustración al niño, además de la ausencia de las relaciones con sus compañeros. Es posible que en este proceso de recuperación se muestren exigentes y agresivos por haberse mantenido con los cuidados y dependencia.

El niño también puede sufrir trastornos en su personalidad a partir de secuelas que haya dejado la enfermedad, accidente o defecto físico, que también puede ser hereditario, tales como: incapacidades ortopédicas, defectos dentales, males cardíacos, paladar hendido, cicatrices, quemaduras y otros.

2.2 PREPARACION DEL NIÑO AL AMBIENTE HOSPITALARIO.

Entre los esquemas más tradicionales y comunes en el manejo infantil, encontramos que desde pequeños algunas familias educan a sus hijos en una atmósfera ilusoria y fantástica, donde las "mentiras" "engaños" y "chantajes" se van convirtiendo en una costumbre arraigada y posteriormente heredada en situaciones que demandan hablar con sinceridad, claridad, honestidad, sobretodo con verdad, hacemos todo lo contrario.

La desconfianza e inseguridad que acentuamos los adultos en los niños cuando mantenemos una actitud y postura como ésta, puede traer consecuencias muy negativas en el desarrollo infantil.

En el caso de las enfermedades y cuando éstas se convierten en la causa para que el niño conozca por primera vez una clínica u hospital y al personal médico y paramédico que labora en estos lugares, no se le da la debida importancia a ese acontecimiento, o bien, no se le explica al niño el motivo de la visita a ese lugar "extraño", tanto por parte de los padres como de algunos médicos, la preparación previa a su hospitalización no la consideran un hecho trascendente.

El niño requiere que se le explique en su lenguaje claro y sencillo el por qué de la separación de sus padres y su medio a uno desconocido. Uno de los padres debe asumir esa res-

ponsabilidad, comunmente lo hace la madre, en esta forma el niño se entera.

Cuando los niños son menores de tres años es conveniente que los preparativos para la hospitalización se realicen por medio de "jugos" que tengan una relación con la situación a la que será sometido. El niño en esta etapa es muy dado a tener un "fetiche", es decir, un objeto o juguete que le brinda seguridad y compañía como su almohada, su osito, su cobijita, objetos que tienen un significado afectivo importante y que pueden llevarlos como compañía durante su hospitalización.

También conviene hablarle al niño sobre las condiciones físicas del ambiente o sala donde estará internado, del tipo de cama en la que dormirá, de quienes se harán cargo de sus cuidados y de los procedimientos de rutina; curaciones, revisiones médicas, ropas que usarán, etc.

Sobre la anticipación de anunciar la hospitalización del niño (de acuerdo a su edad) Medeline Petrillo recomienda:

"Conviene anunciar el internamiento con 4 a 7 días de anticipación si el niño tiene 4 años o es mayor, a fin de darle tiempo de reflexionar sobre el asunto y hacer preguntas. A un niño más pequeño, entre los 2 y 3 años, basta avisarle 2 a 3 días antes y en la mañana misma del internamiento. Para niños mayores de 7 años, es aconsejable una franca exposición del asunto desde algunas semanas antes, y su participación en los planes". (1)

(1) PETRILLO, MEDELIN y SANGER. SIRGAY. Cuidado emocional del niño hospitalizado. México, La Prensa Médica Mexicana, 1975, p. 80.

Cuando el niño ha sido admitido en la sala correspondiente del hospital, la responsabilidad de su preparación emocional recae de manera conjunta tanto en los padres como en el personal médico y paramédico que lo atenderá.

La enfermera normalmente es la persona que más tiempo -- tiene para relacionarse con el niño. Es recomendable que la madre en presencia del niño le haga saber a la enfermera sobre algunos hábitos y costumbres del mismo, a fin de que tanto el niño como la enfermera puedan establecer una relación cordial y provechosa.

En todo momento se le debe hacer sentir al niño que todo lo que está pasando es un plan previo y que su madre está al tanto de lo que pasa, así podrá estar más tranquilo.

No en todos los casos de hospitalización son necesarias - las intervenciones quirúrgicas, pero si así fuera, se debe preparar con anticipación al niño, ya sean los padres o el personal médico, conviene hacérselo saber en forma simple y directa en un plazo de dos a cuatro días aproximadamente, de esta manera el niño tendrá el tiempo necesario para hacer preguntas y - no elaborar fantasías aterradoras que en un momento dado puedan afectarle. De igual forma se le debe hablar sobre la anestesia, explicándole que el propósito de ésta es evitar en lo - posible que sienta dolor, que será como un sueño profundo hasta quedar dormido sólo por un tiempo seguido por un despertar completo. Puede presentarse durante este proceso una serie de

defensas por parte del niño que le provocan ansiedad, como el pensar que ya no va a despertar o confundir ese sueño con un trance de muerte. Para infundir confianza es necesario que antes y después de la aplicación de la anestesia se halle acompañado por un familiar y que despierte en la misma habitación donde se encontraba en un principio.

Por último, considero que el comentario que hace Harold-Geist respecto a este punto es muy elocuente, ya que de algún modo la rutina cotidiana nos llega a imposibilitar la expresión y comprensión de la sensibilidad humana.

"Es necesario que se brinde a los pequeños la oportunidad adecuada para que puedan expresar sus sentimientos. Hay una tendencia muy marcada a hablar con ellos como si fueran adultos en miniatura, o como si se tratara de animales irracionales. Es necesario, en cambio, hacerles sentir que sus temores son comprensibles y que serán tenidos en cuenta. Los chicos suelen reaccionar de muy distintas maneras después de ser sometidos a intervenciones quirúrgicas. Algunos continúan mostrándose temerosos y pasivos hasta mucho después de la desaparición de las molestias físicas. A unos pocos el procedimiento no los afecta en absoluto, mientras que otros abandonan una conducta sumisa y comienzan a mostrarse agresivos". (2)

(2) GEIST, HAROLD. Cómo atender al niño antes y después de la hospitalización. Buenos Aires. Paidós. 1976 p. 29.

2.3 PERCEPCION DEL NIÑO ANTE SU HOSPITALIZACION

La enfermedad en todo ser humano, además de presentarse con síntomas muy característicos, es asumida de manera particular en cada caso. Cuando ésta se complica y es necesaria la hospitalización, cada niño percibe el proceso de adaptación al medio de acuerdo a factores como:

- a) La edad y desarrollo de la personalidad del niño.
- b) La información que haya recibido de su hospitalización.
- c) La relación que mantiene la familia con su paciente (principalmente las figuras que él considera más importantes).
- d) La gravedad de su enfermedad y el tiempo que requiera su hospitalización.
- e) La actitud del personal médico y paramédico en su atención, pues a pesar de tener una función de apoyo con todos los cuidados y esmeros posibles, el niño llega a percibirlos como figuras que amenazan su integridad, o bien, la simple visión de una bata blanca desencadena reacciones de pánico y desconfianza. Es por ello que las relaciones que establecen con anterioridad el niño y el personal del hospital son esenciales para disminuir sus miedos y ansiedades.

La edad del niño y el nivel de desarrollo que alcance en los momentos que se presenta una situación como la hospitalización, es fundamental para poder distinguir el grado en que varían o afectan las tensiones. En un bebé de menos de tres meses de edad la ausencia de la madre no es tan notada como en -

uno de siete meses al estar en un hospital. Los niños de un año en adelante tal vez perciban su ingreso como si los hubieran abandonado para siempre, o bien, su conciencia animista y mágica les hace pensar que todo eso que les ocurra en el momento, es un castigo por todas las "fechorías" cometidas por él con anterioridad.

La confusión y ansiedad vivida en ese trance por el niño le hace sentir abrumado por el malestar. La imagen materna es insustituible así como su presencia, además de sentirse traicionado, la desconfianza e inseguridad se le acentúa cuando los padres no logran que el pequeño confíe en ellos en relación con los distintos aspectos en su enfermedad.

Por otra parte, los padres en la mayoría de los casos, no comunican previamente a su hijo sobre una posible hospitalización, o bien, sobre aspectos generales de la enfermedad que padece. De alguna forma esta desinformación en el niño en un proceso anterior a su hospitalización es la base por la que el ambiente le provoca un impacto fuerte y atemorizador.

De igual forma las relaciones que se establecen por parte de los padres y el paciente durante la hospitalización pueden contribuir a aminorar o aumentar la ansiedad y el miedo. Pocos son los padres que durante la estancia de su visita aprovechan verdaderamente el tiempo con su hijo y le hacen sentir confianza llevándoles algún regalo y obsequio, haciéndole saber de sus amigos, escuela, objetos; visitarlo con frecuencia

y con entusiasmo, platicar de sus planes, sus miedos y otras.

Es muy frecuente que los mismos padres incrementen el estado de ansiedad en el que ya se encontraba el niño. La actitud en estos padres es fría y desinteresada, o bien, es tal - su angustia que el niño llega a percibirla con más dramatismo. La misma hora de visita llega a ser en ocasiones un procedimiento de rutina sin ningún provecho estimulador a su paciente.

Cuando la enfermedad es crónica y amerita una estancia prolongada en el hospital, el niño paulativamente presenta -- cambios en su comportamiento, más aún cuando los padecimientos requieren de algún tratamiento, posición, aislamiento o -- condición específica. Las variaciones en su estado de ánimo -- serán evidentes, desde la falta de cooperación hasta el hastío en extremo.

Normalmente la imagen de una "bata blanca" o una "cofia" se convierten para el niño durante su estancia en el hospital en figuras de seres que lo agreden y castigan, cuando en realidad el médico y la enfermera son personas preocupadas por -- la salud del niño; sin embargo en ocasiones, las actitudes -- del personal médico y paramédico son un tanto deshumanizadas y poco emotivas, más aún tratándose de un niño. El paciente -- se convierte en el "de la 207" o en otra "cosa" que no guarda

relación con un ser o un niño con sentimientos particulares. Es cierto que la preparación del niño a un ambiente de hospital le corresponde a la familia, pero también le corresponde al personal médico y paramédico, el modo en que se relacionan por primera vez con el niño determinará en buena medida los resultados posteriores y la cooperación del pariente durante el proceso de su hospitalización.

2.4 PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACION.

El ingreso de un niño a cualquier hospital implica someterlo a toda una serie de procedimientos y rutinas que nunca antes había experimentado, el ritmo de vida que mantenía es modificado radicalmente.

Un primer procedimiento es la "admisión" en donde por lo regular los niños muestran mucho temor, experimentan un sentimiento de abandono, una serie de aspectos como la cantidad de gente, los uniformes blancos o el equipo sofisticado le per-turban. Es por ésto que los padres deben asumir una actitud -tranquila ante el niño, pues si se muestran ansiosos él logra detectarlo y será imposible disminuir la aprensión de éste.

En ocasiones los padres consideran conveniente quedarse con la criatura durante todo el proceso de admisión o hasta -ver ya instalado al niño en su habitación. Otro factor que --ayuda muchísimo durante la admisión es que la madre desvista-y entregue personalmente al niño con la enfermera asignada a su cuidado, de esta forma podrá haber intercambio de comunica-ción en cuanto a hábitos del niño que permiten mayor colabora-ción posteriormente en procedimientos y rutinas médicas.

En este primer encuentro los padres deben estar en la me-jor disposición anímica para resolverle al niño cualquier du-da que se le presente acerca de los detalles de su internamien-to mostrándose naturales en la conversación para que se desa-rrolle con normalidad.

En tanto al personal médico y paramédico encargado de recibir al niño, desde un principio deben tratar de ser muy veraces con el mismo asumiendo una actitud tranquila y relajada que le pueda proyectar seguridad y confianza en todo momento. Es importante que tanto padres, médicos, enfermeras y demás -- personal al cuidado del menor trate de no sobornar o seducir al paciente por medio de engaños o mentiras; cuando es necesaria la aplicación de inyecciones endovenosas o cualquier otro procedimiento doloroso, es necesario hacerle saber al niño honestamente el tiempo que sea necesario que "si le va a doler, pero no por mucho tiempo". El dedicar el tiempo suficiente a un detalle como el anterior puede redundar en beneficio de la relación médico-paciente.

Cuando los chicos son mayores de 5 o 6 años, o bien están en una edad en que pueden entender ciertos procedimientos es bueno que se les informe con regularidad sobre el tipo de material, medicamentos, tratamientos y cuidados que mantendrán durante su hospitalización, siempre con un lenguaje claro y preciso de acuerdo a su nivel de desarrollo.

Cuando el niño ya está instalado en su cuarto o ambiente, la compañía del padre o de la madre durante las horas siguientes es fundamental ya que esto los tranquiliza.

Otro de los factores importantes en cuanto a los procedimientos de la hospitalización son las "visitas". En muchos hos

pitales existe una variedad de modalidades en cuanto a este punto. Algunos son de la idea de restringir al máximo las visitas creyendo que así podrían trabajar tranquila y eficazmente con los pequeños pacientes y que la presencia de los padres tensionaba más al niño y el esfuerzo de sus tareas era mayor. Pero a partir de una serie de estudios en hospitales extranjeros y nacionales sobre este tema se ha podido comprobar que al prolongar tanto el tiempo y la frecuencia de las visitas a los pequeños por parte de sus padres o familiares se tienen resultados favorables en los aspectos afectivos y emocionales del niño hospitalizado. Al respecto recomienda Harold Geist sobre las visitas como de la cooperación de los padres en este proceso:

- " 1. Las visitas a los pequeños enfermos no deben sufrir limitaciones de ninguna especie.
 - 2. Las madres de los pequeños de menos de 5 años deben tomar todas las medidas necesarias para acompañarlos el mayor tiempo posible en el hospital, colaborar en su cuidado y evitar el dolor de la separación. (...)
-
- " 1. Un cuerpo de enfermeras lo bastante numeroso como para controlar la conducta de los padres.
 - 2. El uso de ropas protectoras.
 - 3. Adopción de medidas que protejan a los visitantes de la enfermedad. Cuando es necesario usar máscaras y delantales, conviene que los padres se los pongan delante de los hijos". (3)

(3) Jbidem, p. 37, 38.

Someter a los padres a responsabilizarse y cooperar en el cuidado de su hijo hace de la visita un momento más provechoso para compartir impresiones sobre la experiencia. Los padres pueden colaborar cuidando a su enfermo, alimentarlo, bañarlo, ayudarlo en sus necesidades fisiológicas, cuidar de sus ropas, ya que se tiene mayor confianza con los padres que con el personal de enfermería (algunos niños llegan a tal adaptación que transfieren sentimientos positivos de la madre hacia la enfermera, o bien, colaboran con otros chicos más pequeños).

Los cuidados por parte de los padres en sus visitas son de gran importancia, más aún cuando el niño se encuentra en aislamiento por alguna enfermedad infecto-contagiosa, es conveniente adoptar algunas medidas precautorias como el lavado de manos (antes y después de la visita), uso de batas o guardapolvos, así como cubrebocas cuando alguno de los padres sufre de resfriado o afecciones de la garganta. Otra de las precauciones sobre las visitas de los padres se refiere a aquellos casos de enfermedades crónicas o de mayor cuidado en donde es necesaria la autorización de la visita por parte del personal médico y paramédico.

Someter a los padres a responsabilizarse y cooperar en el cuidado de su hijo hace de la visita un momento más provechoso para compartir impresiones sobre la experiencia. Los pa dres pueden colaborar cuidando a su enfermo, alimentarlo, bañarlo, ayudarlo en sus necesidades fisiológicas, cuidar de -- sus ropas, ya que se tiene mayor confianza con los padres que con el personal de enfermería (algunos niños llegan a tal - - adaptación que transfieren sentimientos positivos de la madre hacia la enfermera, o bien, colaboran con otros chicos más pe queños).

Los cuidados por parte de los padres en sus visitas son de gran importancia, más aún cuando el niño se encuentra en aislamiento por alguna enfermedad infecto-contagiosa, es conveniente adoptar algunas medidas precautorias como el lavado de manos (antes y después de la visita), uso de batas o guardapolvos, así como cubrebocas cuando alguno de los padres sufre de resfriado o afecciones de la garganta. Otra de las pre cauciones sobre las visitas de los padres se refiere a aquellos casos de enfermedades crónicas o de mayor cuidado en donde es necesaria la autorización de la visita por parte del per sonal médico y paramédico.

CAPITULO III

SINDROME DE HOSPITALISMO

CAPITULO III

SINDROME DE HOSPITALISMO.

3.1 EL PROCESO DE ADAPTACION.

La adaptación del ser humano a una serie de factores ha sido hasta nuestros días una necesidad indispensable para so brevivir.

El concepto adaptación nos remite a entender al hombre como una organización dinámica de sistemas psicofísicas que trata de satisfacer sus motivos fisiológicos y psicológicos. En este sentido la adaptación es una relación de ajuste que efectúa el organismo o ser humano motivado por el ambiente. El ambiente físico o material así como sus condiciones están en estrecha vinculación con el hombre, la realidad impone y exige cambios a los cuales nos debemos sujetar día con día; con frecuencia lo que nos rodea puede tener implicaciones -- que nos resultan indeseables o desagradables como lo es la enfermedad, accidentes u otros eventos impredecibles. Creer que la vida debe ser un estado terminal de paz y felicidad es un error ya que esta noción deja de lado los aspectos trágicos de la existencia humana, tampoco es asumir una postura pesimista y negativa ante la solución de los problemas. La adaptación supone de igual forma sufrimiento, frustración, -- etc. y así poder llegar a entenderse con el ambiente.

En algunas ocasiones el ser humano tiene que arreglarse las para aceptar condiciones que pueden frustrar sus propios

intereses.

El proceso de adaptación debe sujetarse a las exigencias que la realidad impone, continua y cotidianamente, desde el nacimiento hasta la muerte misma.

A partir del nacimiento el niño debe adaptarse a la experiencia de alimentarse, posteriormente de ir a la escuela. En la adolescencia, en lograr buen éxito en la relación con sus compañeros, en el matrimonio la pareja contrae responsabilidades a las que es necesario también adaptarse por ambas partes. Cada etapa en la vida impone cambios substanciales, algunos individuos que carecen de "Fortaleza Flexible" (*) no pueden cambiar fácilmente, es por esto que la adaptación supone pautas de conducta más generales.

Entre otros factores que intervienen en el proceso de adaptación encontramos; el concepto del yo que el individuo tiene, la tolerancia a la frustración y las conductas de defensa.

(*) Existen individuos rígidos en sus patrones de conducta, que carecen de flexibilidad y a quienes les resulta más difícil la capacidad de adaptación a algo en especial. La adaptación se realiza cuando la persona es capaz de actuar con flexibilidad y con fuerza para resistir o preservar las dificultades según las circunstancias.

3.2 CARACTERISTICAS Y REACCIONES.

Durante nuestro conocimiento nuestra personalidad se ve conformada por tres elementos, el ego, el yo y el super yo.- Desde el punto de vista psicoanalítico el yo va regulando -- nuestro principio de la realidad, las actitudes se edifican bajo tendencias y características que difieren de persona a persona. De esta forma las tendencias en las personas se organizan de manera jerarquizada.

"El yo, como todo lo demás en el organismo, se desarrolla y cambia en el curso de la vida. Su núcleo incluye todas las experiencias propias en cuanto se distinguen de todo lo demás que no es el yo. Esta distinción se afianza con el aprendizaje. El niño descubre mediante la investigación que el pie es parte de su yo y que el juguete favorito no lo es. A medida de que el tiempo pasa, el yo adquiere un significado más lleno y más rico. Implica las sensaciones corporales, sentimientos, emociones, la imagen de propio cuerpo, el sonido del propio nombre, la continuidad de los propios recuerdos, todo lo que conduce a la experiencia de uno mismo como ser separado y único que posee duración continua". (1)

La idea anterior nos permite apreciar la importancia -- que tiene la formación de una identidad del yo durante el desarrollo de la personalidad, las continuas experiencias y la interacción social que influye en la conciencia de ser.

(1) MENESES MORALES, ERNESTO. Psicología General. México, Porrúa, 1969. p. 359

De entre las características de un sujeto bien adaptado podemos decir que la autoaceptación del sujeto tanto en lo físico como en lo psicológico, constituye un factor esencial para poder vivir sin pretensiones o engaños. De igual forma el crecimiento y desarrollo continuo mueven al sujeto hacia la realización propia y la actualización de sus esquemas de conducta. Un principio de integración que ayuda al sujeto a organizar sus respuestas entre las fuerzas de la irracionalidad y la madurez puede describir a una persona adaptada. También la percepción clara de la realidad es una cualidad importante en la adaptación ya que una persona que sufre de trastornos en la personalidad no puede tener un funcionamiento eficaz, adecuado o maduro.

El punto de vista del psicoanálisis sobre la interpretación del proceso de adaptación, también hace referencia a algunos de los obstáculos en dicho proceso como lo es la tolerancia a la frustración la que en cada individuo varía. La frustración entendida como cualquier obstáculo o barrera que impide la consecución de una meta, puede provenir de la realidad externa, limitaciones físicas, de una enfermedad, o bien por razones internas dependiendo del tipo de conflicto que el sujeto experimenta.

La vida cotidiana de un niño sano da un giro cuando la enfermedad se presenta, la tolerancia a la frustración de ese hecho se refleja en distintas reacciones por cada niño -

(esto depende de factores, ya mencionados en el Capitulo II, punto 2.3).

La fuerza del motivo de su frustración va ligada tanto a la propia enfermedad experimentada, al lugar que le resulta - totalmente ajeno al suyo, a la gente con quien por necesidad tiene que convivir. El conflicto en ocasiones puede llevarlo a manejar estados de ánimo que van desde el superar la situación o quedarse en un estado de frustración prolongada.

Al respecto Ernesto Meneses nos explica como el individuo aprende reacciones y las convierte en habituales:

"La persona que sufre un conflicto o una frustración aprende ante todo a hacer algo para aliviarlos. Por desgracia, no siempre aprende la forma más adecuada para resolver su frustración o conflicto, como los niños que hacen berrinches para salirse con la suya, y cuando llegan a la edad adulta, continúan haciendo berrinches para conseguir lo que desean. Aprendieron una forma de conducta para manejar la frustración y el conflicto y siguen usándola, aunque sea totalmente impropia de la edad". (2)

Estas formas de reaccionar de manera "conciente" ante la frustración o el conflicto el hombre las emplea numerosamente y son engaños que se aplican a sí mismo para disminuir el grado de ansiedad provocado por el conflicto. Más sin embargo, cuando esas conductas las usamos "inconcientemente" para protegernos no tanto de la frustración sino de la ansiedad que nace de aquella, Freud las denominó mecanismos de defensa.

- - - - -
(2) Idem. p. 365

Los niños hospitalizados, al igual que cualquier otro sujeto en otra situación, también reaccionan ante la ansiedad - de su hospitalización, o bien de su enfermedad, con estos mecanismos de defensa que de alguna manera no constituyen una - patología si su uso es eventual, incluso constituyen una forma de afrontar los conflictos menores, nos permiten reducir - la tensión y sentirnos más tranquilos por el momento. El uso - excesivo de las conductas de defensa para apartar los factores de conflicto presenta dos debilidades:

- 1) No soluciona el conflicto realmente y difícilmente lo de sarriga, la ansiedad la ocultan o la disimulan.
- 2) Nos exponen a dificultades nuevas que nos frustran en - - otros aspectos.

De entre algunas de las conductas de defensa que llegan a manejar los niños en estas condiciones está la regresión, entendida como una forma de retroceder conductualmente a una etapa anterior. Esto suele suceder más frecuentemente con adolescentes muy dependientes de sus padres, adoptando conductas infantiles para llamar su atención, o por otro lado, para obtener aquella comprensión o estimulación afectiva que quizá no - tienen en su ambiente cotidiano. Son frecuentes los arranques de ira, caprichos, berrinches, chiqueos, etc.

La represión es otra conducta y se refiere a una forma de olvido (más complejo que el simple olvido). El sujeto olvida - convenientemente los estímulos que le producen ansiedad, es un proceso que bloquea los recuerdos, como en el caso de algunos-

niños que olvidan algunos procedimientos necesarios durante su hospitalización como, tomar ciertos medicamentos, olvidar su cita, ya que le causa molestia o le es desagradable, etc.

La racionalización es muy eficaz contra la ansiedad. Por medio de esta conducta de defensa el individuo explica su conducta de forma tal que oculta el motivo principal, subrayando otro. En ocasiones los niños de entre o nueve años en adelante no muestran, según ellos, miedo o temor a un hospital y a los procedimientos a que son sometidos, pero en sus movimientos, actitudes, demuestran gran preocupación, miedo y desconfianza.

La proyección es uno de las conductas de defensa más utilizados por el hombre, éste disfraza la causa del conflicto echando la culpa a otra persona u objeto. En el caso del niño hospitalizado de edad escolar puede llegar a pensar que todo el personal médico y paramédico que lo atienden tratan de hacerle mal, sin darse cuenta que estas atenciones van en beneficio de su salud.

De entre las conductas de defensa más aceptables, la sublimación y la fantasía son formas de conducta donde la expresión en general del sujeto se disfraza, pero el impulso real se realiza de forma tal que reduce la tensión. Las actividades como la pintura o escritura libre de un tema brindan la posibilidad de externar o sacar la angustia que acumulan los niños durante su internamiento, más aun cuando éste es prolongado.

Cuando la hospitalización es más prolongada y los síntomas a nivel emocional toman una característica más patológica el deterioro emocional en el niño es evidente.

La privación materna a causa de la internación afecta de terminantemente el desarrollo de algunos niños presentándose desde en lactantes, aunque es más común en preescolares o escolares.

Los especialistas en educación infantil, médicos y psicólogos, argumentan sus posturas sobre los problemas o reacciones que puede causar el internamiento u hospitalización y han dado por llamar a este cúmulo de reacciones hospitalismo o -- síndrome de hospitalización, es decir, un síndrome de derrumbe básicamente emocional, según este entre más se prolonga el internamiento, más irreversible resulta el daño.

Se ha visto que el deterioro no sólo es psicológico, también se presentan deficiencias en sus actitudes sociales, lingüísticas, cognoscitivas, motoras y en su habilidad para controlar su conducta.

Estos autores están convencidos de que uno de los factores más relevantes entre otros que intervienen en el hospitalismo, es la privación materna, más que la paterna. En ocasiones la ausencia es prolongada y esta figura es esencial para el desarrollo emocional del niño de cualquier edad. El cuidado de algunas madres es también inadecuado, ya que en ocasiones las madres están presentes físicamente durante las horas de vi

sita, pero ausentes emocional y afectivamente con su paciente. De igual forma el abandono de la madre o padre hacia su hijo internado en el hospital se llega a presentar causando graves resultados en el niño.

Por factores culturales durante nuestra historia, la figura materna es muy representativa y esto no quiere decir que la figura paterna no lo sea, sin embargo en la mayoría de los casos el padre se excluye del cuidado de los hijos y en los casos de hospitalización es necesaria la presencia de éste como un apoyo esencial de confianza y seguridad para el hijo enfermo.

Volviendo a las reacciones del niño hospitalizado y para finalizar, podemos clasificarlas en inmediatas y las que se presentan en el transcurso de la hospitalización. Las primeras van desde los gritos, el llanto, el miedo a la oscuridad, hasta la negativa a su internamiento, en estas circunstancias además de soportar las incomodidades, molestias y dolores propios de su enfermedad sufre una serie de angustias que pueden obstaculizar las relaciones sociales durante su estancia.

Las reacciones en el transcurso de la hospitalización --son: actitudes de rebeldía, de culpa o de castigo, reproche, conductas regresivas, anorexia, perturbaciones del sueño, regresión esfinteriana (enuresis y encopresis), inhibición de funciones motoras (poca movilidad), rechazo a la comunicación, estados depresivos o trastornos del comportamiento y algunas-

otras.

Las reacciones en relación con la edad es otro factor importante en el proceso de hospitalización. Se ha visto que los bebés de menos de siete meses no se inquietan en el hospital, quizás lloran más que en casa pero responden bien con las enfermeras que los atienden. Sin embargo, se ha observado que una de las reacciones posterior a su hospitalización, es un comportamiento llamado "síndrome global" que se caracteriza por la monotonía perceptual a que están sometidos en el hospital, presentándose con una duración de varias horas a tres días. (esto se debe a la falta de estimulación auditiva, visual y afectiva en las salas de neonatos).

A partir de la edad en que el niño distingue visualmente y con claridad el rostro de la figura materna, que es entre los siete u ocho meses, son muy notorios los signos de sufrimiento por la separación de ella y los efectos emocionales alcanzan su máximo a los cuatro años. Entre tanto, la edad menos vulnerable a la separación materna por hospitalización oscila entre los nueve años en adelante.

En cuanto a los efectos de la hospitalización, como ya se mencionó en el Capítulo II, si bien pueden no presentarse en el transcurso de ésta, pueden darse a largo plazo. El comportamiento de niños que tuvieron una estancia prolongada en el hospital puede manifestarse en problemas de adaptación a su vida familiar, escolar, secuelas emocionales o temores es

pecíficos a extraños, médicos, enfermeras, hospitales y a todo aquello que le recuerde y tenga relación con su padecimiento.

Cuando los signos de desequilibrio emocional varían, ya sea durante el transcurso de la hospitalización o después de ella, tanto en su duración o en la intensidad de los síntomas deben de considerarse patológicos convirtiéndose en un factor que impide en un momento dado la recuperación de la salud física y mental del niño.

3.3 ANSIEDAD Y DEPRESION.

Hasta el momento se ha hablado de algunas de las reacciones que el niño manifiesta ante su hospitalización.

La ansiedad y la depresión son dos de las respuestas más comunes de la personalidad ante un conflicto, es por esto que resulta de interés conocer ambos conceptos, sus causas y sintomas, particularmente en el niño, y así poder abordarlo adecuadamente con más elementos de análisis.

Se dice que la ansiedad es una experiencia común a todos los hombres en mayor o menor medida, más por las condiciones del desarrollo emocional de un niño se presenta con cierta intensidad.

De las definiciones que se manejan sobre la ansiedad una de las más precisas para diferenciar el concepto entre lo que es el miedo y la ansiedad, E. Nathan nos dice;

"... el miedo es una respuesta real a una situación peligrosa, mientras que la ansiedad es esencialmente característica de la neurosis; es una respuesta no realista a la situación que implica poro o ningún peligro real" (3)

En este sentido la diferencia de los dos conceptos nos permite apreciar que el sentido de amenaza en el miedo es objetivo, es decir, el sujeto que lo experimenta tiene un cono-

- - - - -
(3) NATHAN, PETER E. y HARRIS, SANDRA. L. Psicopatología y So
ciudad. México, Editorial Trillas. 1983 p. 257

cimiento de la fuente del peligro y en principio puede enfrentarse a él o defenderse. En la ansiedad la amenaza es subjetiva, su fuente es interna y el individuo no tiene advertencia de ella, es por esto que al no tener con claridad esta fuente de peligro no se esté en posibilidad de defenderse.

En la vida del hombre existen circunstancias que debilitan o amenazan la existencia organizada de la personalidad. - Estas contingencias de la vida como son la inevitabilidad de la muerte, el peligro de enfermedades, los ataques insuperables de fuerzas de la naturaleza, generan ansiedad.

En el caso particular de la hospitalización en un niño, - la ansiedad implica evidentemente una situación de peligro y por lo tanto un conflicto. También puedo decir, que dentro de lo que entendemos por desarrollo emocional, se entraña una necesidad de no separación del vínculo materno y la reacción inmediata a esta separación es de impotencia, frustración, ira, hostilidad, agresión y temor a entrar en situaciones desconocidas o nuevas.

Por otra parte, es necesario aclarar que la ansiedad es - una experiencia humana, ineludible e innata, y la capacidad de tolerarla o ser susceptible a ella varía en cada individuo. En general todos nosotros manejamos internamente cierto grado de ansiedad que nos permite tener una actitud interna y externa - de "alerta" ante alguna posibilidad de peligro, esa anticipación previsoras de los obstáculos es acompañada de una tensión-

expectante por lo que pueda suceder. Esto nos lleva a diferenciar entre la "ansiedad normal" experimentada por cualquier persona sana y la "ansiedad neurótica";

"Según R. May, esas diferencias estriban: a) en los valores que el individuo identifica como vitales para su seguridad; b) en la relación entre la intensidad de la reacción y el peligro; c) en la persistencia o la terminación de la reacción cuando la amenaza ha desaparecido; d) en la posibilidad de confrontar el peligro constructivamente a un nivel conciente". (4)

En ocasiones los niños hospitalizados manifiestan una "ansiedad normal" cuando su internamiento no es prolongado, cuando las visitas de sus familiares son frecuentes (principalmente de la madre), cuando su enfermedad no es muy grave, etc. Pero cuando estos factores son contrarios los niños llegan a caer en un estado de ansiedad neurótico, donde pocas veces logran confrontar la situación en una forma constructiva y más aún conciente. De igual forma cuando un niño no maneja la adaptación al medio que lo rodea de manera adecuada llega a percibir la ansiedad a otro nivel.

Una reacción digamos "adecuada" ante una situación de ansiedad depende en gran medida de los factores ya mencionados, pero también depende de la edad del sujeto, del desarrollo y maduración emocional, afectiva o psicológica en general, para que se presente con determinada intensidad.

- - - - -
(4) DE LA FUENTE MUÑIZ, RAMON. Psicología Médica. México, Fondo de Cultura Económica. 1981. Pág.157

El temor en la ansiedad puede provenir del ambiente exterior que rodea al sujeto, de objetos o de malas experiencias en etapas anteriores y cuando estas últimas no son superadas es posible que vuelvan a presentarse con mayor fuerza, convirtiéndose en traumas en un futuro.

Durante el ingreso a un hospital, el niño percibe su primera experiencia de ansiedad, ya que lo más aterrador para él es la separación de su madre y en esas condiciones siente el peligro de quedar abandonado por sus padres, es entonces -- que aparece esa "espera de inquietud" o ese no saber con precisión lo que va a pasar.

El anterior punto es una de las principales causas de ansiedad en el niño hospitalizado. El niño teme estar entre gente extraña, en la oscuridad, o quedarse solo. Un elemento común en los temores infantiles está en la separación de su madre, lo cual representa una "amenaza mortal" para él. Este elemento de dependencia materna responde a un patrón sociocultural establecido en las primeras etapas de nuestra conducta. La soledad en cualquier etapa constituye un elemento que puede desencadenar ansiedad. La soledad es el efecto resultante de la insatisfacción de las necesidades básicas en los seres humanos.

Esta necesidad tiene sus orígenes en la debilidad biológica del infante que no podría subsistir sin los cuidados de un adulto que atienda sus necesidades vitales. El miedo a quedarse solo es a través de la vida un importante agente regulador de -

la conducta. Es por esto que cuando en el niño la soledad es reprimida se convierte en ansiedad, haciendo necesaria la -- utilización de las conductas de defensa que ayuden a disminuir la sensación de frustración e impotencia ante el conflicto.

Otra de las causas de ansiedad en el niño que ingresa a un hospital son los procedimientos quirúrgicos, pues constituyen amenazas físicas a su cuerpo y a su integridad que reflejan el temor a la muerte y a la mutilación. Este estado se acentúa cuando la intervención implica molestias y dolor.

Por otra parte se sabe que cuando los pacientes presentan altos niveles de ansiedad en la etapa operatoria, se dificulta la inducción adecuada de la anestesia. Es también común la fantasía en los niños, o bien, la sensación de que -- van a morir en el proceso de la anestesia.

Ahora bien, el origen de la ansiedad, como toda aquella perturbación emocional, es vívida en un plano psíquico y somático, es decir, orgánico y biológico. Psicológicamente implica cambios bioquímicos en los que participa principalmente el sistema nervioso.

En cuanto a lo referente a la sintomatología de la ansiedad, se manifiesta a través de tres grupos de síntomas -- que se presentan visualmente de manera simultánea, pero que pueden estar representados de diferente manera en cada pacien

te; en ocasiones basta con uno de tales síntomas para suponer un estado de ansiedad y a partir de un examen más profundo -- que permita descubrir la presencia de otras alteraciones. Tal grupo de síntomas está constituido por:

- a) Trastornos somáticos
- b) Trastornos psíquicos, y
- c) Trastornos conductuales.

a) Los trastornos somáticos pueden aparecer de manera -- aguda, bruscamente o estar presentes de modo constante, con períodos de remisión y de reactivación, en -- ocasiones pueden ser tan graves como para inhabilitar con severidad al individuo. Entre los cuatro importantes están:

- Síntomas cardiovasculares: son los más frecuentes -- se manifiestan en taquicardias con palpitaciones, -- variaciones del nivel tensional, constricción pectoral.
- Trastornos respiratorios: son también frecuentes, -- crisis disnéicas, sensación de ahogo, dolor pectoral, tos rebelde, etc.
- Síntomas gastrointestinales: irregularidad del ritmo excretorio, espasmos faríngeos, náuseas, vómitos, sequedad bucal, sed y hambre extremas, dolores, aguras y otras.
- Síntomas genitourinarios: enuresis, palaquiuria (orinar con mucha frecuencia)

b) Trastornos psíquicos: habitualmente los pacientes ansiosos refieren una sensación de malestar como si se encontraran en una situación de peligro inminente. Entre estas, se mencionan:

- Las preocupaciones inmotivadas, preocupaciones ansiosas relacionadas con los afectos, la familia, los problemas, el trabajo, etc. (asumiendo a veces tonalidades dramáticas).
- Deficit de habilidades: es típica la reducción de la capacidad de rendimiento, dificultad de concentración, - - trastornos de la memoria, sensación de cansancio, fatiga física y psíquica.

c) Los trastornos conductuales se acompañan de los psíquicos y en parte son observables objetivamente, en síntomas tales como:

- Inquietud motora: no se logra mantener la misma posición por largo tiempo.
- Irritabilidad: la tolerancia a algunos estímulos está reducida y esto puede provocar reacciones agresivas.
- Perturbaciones del sueño: dificultad para dormir o despertar, insomnio, además la mayoría de los sueños son de contenido angustioso o terrorífico.
- Trastornos de la alimentación: paradójicamente se puede presentar inapetencia y bulimia (alimentación excesiva).

De entre los métodos que se han utilizado para la medición de los niveles de ansiedad en personas "altamente ansiosas" o "levemente ansiosas" van desde los cuestionarios o pruebas psicométricas, las mediciones fisiológicas; que incluyen índices de ritmo cardíaco, respuesta vascular, sudoración palmar, actividad muscular y reactividad pupilar o hasta mediciones bioquímicas que informan de un incremento de la excreción de hormonas adreno-corticoides en las personas con elevada ansiedad. También es frecuente en la medición de la ansiedad, la observación de rasgos conductuales que hacen suponer la presencia de un estado de ansiedad aunque no exista una comunicación verbal con el paciente.

Otro factor no menos importante en las reacciones del niño hospitalizado es la depresión, que igual que la ansiedad es una de las constantes modalidades de reacción del hombre frente a diversas causas, físicas y psíquicas. La depresión es considerada una enfermedad que en ocasiones llega a ser grave al causar problemas y sufrimiento en el enfermo.

Ante la impotencia que implica una enfermedad y por ende la hospitalización, de un estado de ansiedad se puede pasar a un estado depresivo, donde experimenta el paciente una sucesión de estados de ánimo; tristeza, malhumor, pesimismo sin razón aparente, en ocasiones eufórico u optimista, también sin razón aparente. Y estas oscilaciones de humor pueden alcanzar una intensidad y duración variable en cada sujeto a --

partir de factores como la capacidad para adaptarse o adecuarse a un medio, o a la gravedad del problema o conflicto.

Generalmente los pacientes hospitalizados padecen de algún síndrome depresivo y muchas de sus manifestaciones son observables en la conducta así como en algunos de los síntomas-somáticos.

De entre las causas de la depresión que Guillermo Calderón Narváez (5) menciona, son:

- a) Pérdida de un ser querido.
- b) Pérdida de una situación económica.
- c) Pérdida de la salud;
 - por enfermedades con peligro de muerte
 - por enfermedades que originan incapacidad física
 - por enfermedades degenerativas
 - por enfermedades que determinan alteraciones estéticas
 - por enfermedades que afectan la autoestima

Las causas por pérdida de salud son las que mejor se sitúan para referirnos al niño hospitalizado y entender así -- cual puede ser el origen de la depresión en cada caso. Por -- ejemplo, los niños con problemas de cáncer, con quemaduras, - los niños con síndrome de maltrato, con padecimientos renales, los niños con alteraciones neurológicas, los problemas de dis-

(5) CALDERON NARVAEZ, GUILLERMO. Depresión, Causas, Manifestaciones y Tratamiento. México, Editorial Trillas, 1984 p. 58

trofia muscular, los problemas de incapacidad física por muti-
lación, las enfermedades infecto-contagiosas y otras más.

La depresión tiene varias clasificaciones, pero en el ca-
so del niño hospitalizado nos referimos al cuadro más superfi-
cial o simple en su clasificación, que no se le considera co-
mo un trastorno psiquiátrico; el paciente con esta caracterís-
tica es una persona con un estado satisfactorio de salud men-
tal, pero la pérdida de salud a causa de su enfermedad le ha-
provocado un desequilibrio emocional, afectando de ese modo -
su autoestima.

En algunas ocasiones se presenta en forma enmascarada; a
veces la tristeza puede observarse como el inicio de la depre-
sión y los cambios en el estado de ánimo manifiestan en el pa-
ciente una falta de confianza en sí mismo, hecho que deterio-
ra su actividad motora y emotividad.

La depresión también acarrea trastornos somáticos como -
trastornos digestivos (dispepsia, náuseas), trastornos en el
apetito (anorexia, o en ocasiones hambre compulsiva), trastor-
nos en el sueño (insomnio, dormir inquieto, en algunos casos-
hipersomnias), trastornos cardiovasculares (disnea, palpitacio-
nes, trastornos de la frecuencia cardíaca) y otras.

Cuando este cuadro varía, ya sea en la duración o en la
intensidad de los síntomas debe considerarse patológico, con-

virtiéndose en un factor que impide en un momento dado la recuperación de la salud del niño; y en el caso de algunos adolescentes puede constituir un riesgo de suicidio.

Finalmente, al sentirse bajo condiciones que rompen bruscamente su rutina cotidiana como lo es la hospitalización, el niño presenta rasgos depresivos y de angustia que se vuelven una problemática, la cual es necesario contrarrestar por medio de actividades que tienen como fin motivar su estado emocional y que en un capítulo posterior se mencionará.

C A P I T U L O I V

LA FAMILIA Y EL NIÑO HOSPITALIZADO

CAPITULO IV

4.1 ASPECTOS GENERALES SOBRE LA FAMILIA.

En toda la historia de la humanidad las pequeñas agrupaciones entre individuos unidos por un vínculo común, ha sido de gran importancia para el desarrollo de nuestra especie. -- Con el paso del tiempo esas pequeñas agrupaciones en todas -- las sociedades y culturas fueron creciendo cada vez más, y en nuestros días a estas agrupaciones que comparten tanto residencia, cooperación económica y una reproducción biológica -- las conocemos como "familias"

Sería muy difícil de precisar con exactitud en que momento aparecieron los primeros grupos familiares, más sin embargo, podemos decir que el hombre se ha caracterizado siempre por ser un ser social con la tendencia de vivir en un marco de unión con sus semejantes. En este sentido la familia se -- configura como un grupo social de intimidad, de economía propia, fundamentada en una estructura de relaciones entre cónyuges (padres) e hijos.

La familia nos ofrece un potencial para el crecimiento, -- es la fuente que proporciona amor, ternura y la seguridad que constituyen el principal valor de intercambio entre los integrantes que la componen.

La estructura familiar puede brindar las pautas necesarias para que entre sus integrantes se dé la colaboración, el traba-

jo, el intercambio de ideas, la enseñanza y la diversión. Cada miembro del grupo puede dar y recibir, es por esto que -- las relaciones fundamentales de la familia se mantienen básicamente por vínculos emocionales. Los padres proporcionan al niño cuidados tanto materiales como afectivos con los cuales éste aprenderá a manifestar afecto. Las funciones educativas que son un marco de referencia importante en el niño le ayudan a moldear su conducta y sus valores. La madre inspira en el niño los sentimientos de confianza y amor, el padre los de seguridad, autoridad, disciplina. Por medio de esta normatividad el niño se formará un sentido de adecuación, autonomía y de pertenencia al grupo del que forma parte.

En tanto que la relación con los hermanos supone la adquisición de sentimientos de solidaridad y competencia; a -- competir y a tener tolerancia a la frustración, aprenderá a ensayar alternativas a distintos problemas, manejando sentimientos de celos o rivalidad.

Por medio de todas estas relaciones que se establecen en la dinámica familiar podemos decir que la familia es una representación en pequeña escala de lo que es el mundo externo, de esta forma el niño experimenta su primer contacto de socialización y de comunicación que utilizará posteriormente para relacionarse con otras personas.

Además, otro factor en el que influye determinadamente la familia durante el desarrollo integral del niño, es la - -

adopción de la identidad; saber quién es y qué se espera de él; que forma parte de un engranaje dentro de la estructura familiar. Este sentido de pertenencia le ofrece al niño independencia y un proceso donde fortalece su individualidad.

Ahora bien, la familia en su estructura tiende a ser evolutiva y cada uno de los miembros que la componen contribuyen con sus particulares características para que la dinámica familiar tenga mayor fuerza o por otro lado decaiga en la mediocridad. Dentro de las relaciones cotidianas en la familia no todo es armonía y en ocasiones los lazos familiares tienden a convertirse en cadenas que obstaculizan la comunicación llegando al caos y al conflicto que en un momento dado terminan en la desintegración de aquella unidad.

Es por ésto que para valorar la estructura de una familia es necesario considerar algunos factores que influyen en la dinámica:

- 1) Un estudio íntegro de la estructura y dinámica familiar - de cada uno de los integrantes que la componen a partir - de:
 - a) la posición que ocupa en la familia y su función.
 - b) la edad y el sexo.
 - c) la personalidad y el carácter que mantiene.
- 2) De acuerdo a los integrantes que la forman:
 - a) pequeña; integrada por no más de cuatro personas.
 - b) numerosa; compuesta por más de cuatro miembros.

3) De acuerdo a la Dinámica Familiar:

- a) Funcional
- b) Disfuncional

4) De acuerdo a la Funcionalidad:

- a) Organizada
- b) Desorganizada

Por otro lado, existen varias descripciones sobre los tipos de estructuras familiares que nos permiten analizar la composición en que están integradas:

- 1) Familia Nuclear: Un hombre y una mujer que se casan y viven en la misma casa, tienen hijos, se desarrollan y mueren finalmente.
- 2) Familia de un solo padre: (existen dos formas)
 - a) El padre o la madre abandonan el hogar y el que se queda no se casa de nuevo.
 - b) La madre soltera que mantiene a sus hijos.
- 3) Familia Extensiva: Conformada de parientes políticos, abulos(as) tíos(as) primos(as) y/o personas consanguíneas.
- 4) Familia Reconstruidas: Se da cuando alguno de los padres -- ha muerto, padres que nunca se casaron, o padres que no pueden tener a su cuidado a los hijos por distintas razones (relacionada con adopciones, tutelas, custodias, etc.)

5) Familias Mixtas: Reúnen elementos de familias anteriores y sus tres formas básicas son:

- a) Una mujer con hijos casada con un hombre sin hijos.
- b) Una mujer sin hijos casada con un hombre con hijos.
- c) Una mujer y un hombre, ambos con hijos de matrimonios anteriores.

Otra de las clasificaciones que vienen a explicar los tipos de dinámicas que se presentan en las anteriores estructuras familiares nos las explica Martha Pardo (1). En dichas interacciones todos los integrantes participan y se ven afectados en cierto grado, pero son los hijos quienes asimilan o resienten en mayor medida estos problemas.

La Familia Rígida: es la familia que no permite nuevas reglas, trata de mantener esquemas que no tengan que ver con el cambio y crecimiento de los lazos familiares. Los hijos experimentan tal frustración que no les queda otra alternativa -- que someterse, o bien, rebelarse en forma drástica y destructiva.

La Familia Sobreprotectora: es la familia en la que la preocupación por abastecer toda clase de protección y bienestar a sus miembros es excesiva y desproporcionada en especial con los hijos creando en ellos inseguridad, dependencia e incompetencia. La capacidad de autodefensa se retrasa.

(1) PARDO, GARCIA MARTHA. El Adolescente y la Familia En RANGEL RIVERA, LUIS G. Aspectos Médico Sociales de la adolescencia. México. Ediciones del Instituto Sintex.- 1982, p. 39-45.

La Familia Analgamada: cada uno de los miembros que la integran tienen una dependencia tal que no pueden hacer algo - si no es juntos, cualquier intento de independencia es visto como una amenaza a la estructura. La individualidad es restringida en los hijos.

La Familia Evitadora de Conflictos: son familias que aparentan estar "siempre bien" por lo tanto no permiten la autogestión y la solución a los conflictos. Los hijos crecen sin aprender a resolver problemas.

La Familia Centrada en los Hijos: todo gira en torno a los hijos, los padres viven tanto para sus hijos que descuidan su relación con su pareja. De igual forma los hijos crecen dependientes.

La Familia de un solo Padre: dada la ausencia de uno de los padres alguno de los hijos asume el rol de la pareja ausente. En esta situación los hijos no logran vivir la etapa de desarrollo que atraviesan con plenitud, se llenan de problemas y responsabilidades extemporáneas.

La Familia Pseudo-democrática: los padres en esta familia no definen con claridad las normas para con los hijos, las jerarquías y reglas son difusas con la excusa de aparentar -- ser muy flexibles, los hijos crecen en un ambiente anárquico, de competitividad desmedida, destructiva y sin límites.

La Familia Inestable: en este caso la familia no plantea con claridad sus metas y objetivos comunes, no hay planeación y todo se improvisa. Los hijos crecen inseguros y sin una identidad familiar definida.

Todas estas descripciones y aspectos generales que hemos abordado sobre la familia, requieren un análisis más profundo y la adecuación necesaria para plantear estos fundamentos en la práctica objetiva con las familias de los niños hospitalizados, ya que también el manejo de estos conocimientos es de suma importancia y nos permite identificar si se estimulan, bloquean o distorsionan las relaciones de la dinámica familiar durante el proceso de hospitalización, o bien, si es una problemática con dificultades anteriores.

Finalmente podemos concluir que la conducta del niño o de todo ser humano no es sólo el resultado de su personalidad y de la etapa en la que vive, sino también un reflejo de la dinámica familiar y de la sociedad en la que se desenvuelve.

El tener los conocimientos sobre la familia nos permite como profesionales al cuidado de los niños, brindar orientación y consejo para buscar mecanismos que contribuyan a restablecer el equilibrio de las relaciones familiares a partir de una comunicación más eficaz, en la que padres e hijos puedan expresar sus sentimientos con más confianza.

4.2 RELACION FAMILIAR Y EL NIÑO HOSPITALIZADO.

Uno de los mayores aciertos en materia de Psicología infantil fué el haber señalado la importancia que tiene en el desarrollo de la personalidad del niño las relaciones con su familia. Desde el momento de su nacimiento y durante un tiempo cuya duración es variable, el niño necesita de la ayuda de sus padres. A diferencia de otras especies los seres humanos crecemos indefensos y dependientes de los adultos que nos rodean para que nos ayuden a sobrevivir y para satisfacer necesidades biológicas y afectivas.

El niño en los primeros meses de vida no se experimenta como diferente a su madre sino como una prolongación de ella. En este sentido el niño también es un ente vulnerable a todo tipo de aspectos desfavorables, es impotente para modificar dichas situaciones y está a merced de sus padres quienes le protegen del peligro y la enfermedad.

Las enfermedades en la infancia constituyen una tensión y limitación en la mayoría de los niños y su actividad cotidiana, familiar, escolar y social se ve truncada. De acuerdo al grado de intensidad de la enfermedad, la inactividad será vivida como una situación relativa o pasajera, o bien, como algo permanente y angustioso, tanto para el niño como para su familia.

Cuando el niño padece mala salud y su enfermedad hace necesaria una hospitalización y si ésta es prolongada, limita su

crecimiento físico y su desarrollo emocional; a su vez, esto modifica su conducta en todos los aspectos. Su proceso natural de maduración se interrumpe, así como algunos de los buenos hábitos que tenía; exige mayor atención de la madre y se molesta por todo, llora más de lo acostumbrado, etc.

De acuerdo a estudios realizados con anterioridad en hospitales norteamericanos acerca de los problemas de adaptación que sufre el niño, se pueden observar y entender las modificaciones que se producen durante la internación.

1. Separación de:

- a) cosas (hogar, muebles, juguetes)
- b) personas (madre, padre, hermanos, amigos)
- c) actividades (escuela, juegos)

2. Adaptación a:

- a) actividades nuevas (rutinas, procedimientos -dolorosos o no-, comidas, hábitos de higiene).
- b) cosas (aparatos sofisticados)
- c) personas (enfermeras, médicos, y otras)

El analizar los anteriores factores con profundidad nos permite entender el papel determinante que juegan los padres tanto en el proceso de hospitalización, como en la recuperación del niño. Sin embargo, en la mayoría de los casos solo le hacen pensar al niño que su enfermedad es muy seria, no respetan las medidas predispuestas de la hospitalización como, las horas de visita, las dietas de alimentos necesarias para los

enfermos. Aprovechan la ocasión de la visita para hacer "relajo" y "chismes". Para el personal es difícil manejar a estas personas bien intencionadas pero fastidiosas que no ayudan a seguir los reglamentos del hospital.

Otro tipo de Familia es la Insincera: que engaña al niño respecto a su enfermedad, ya que creen que ocultandose la situación le ayudarán a disminuir sus sufrimientos. Algunos padres argumentan cosas fantasiosas sobre los tratamientos o -- del tiempo en que estarán internados. A la vez los padres tratan de evitarse la verdad ya que eso les llevaría a incrementar su angustia.

Es muy común que los niños lleguen a un hospital con la idea de que el médico, la enfermera o todo aquel personal con uniforme o bata blanca son malos y le causan daño. Esto debido a que en ocasiones los padres utilizan estos nombres como amenazas, por ejemplo, "Si no comes bien te enfermarás y te llevaremos al doctor para que te inyecte". Y en algunos casos también el personal médico y paramédico contribuyen con su actitud para que esta imagen de castigo permanezca en el niño.

También existen Familias cuyo método para hacer obedecer a los niños es mediante amenazas verbales y castigos físicos, creyendo que así los disciplinan y someten. El padre muestra ser hostil y retraído, apartado de la situación. La madre llega a ser apática e indiferente a los cuidados del niño. Los padres de este tipo consideran al personal del hospital como

indulgente y consentidor, pues temen que el niño regrese al hogar indisciplinado, o bien, temen que el niño se encariñe con las personas que lo cuidan, más si han sido tiernas y generosas con él.

Por otro lado, existen padres o familias que tienen un pensamiento mágico con respecto a la enfermedad de su hijo. - la consideran como un presagio de desgracia para el futuro o como una señal de enojo divino. Los temores hacia la muerte - del hijo hospitalizado acrecientan su desconfianza al personal médico y paramédico por parte de los padres, proyectando la misma reacción de defensa en el niño.

La enfermedad del niño tiene también relación con el nivel socio-económico y cultural de su familia. Para la gran mayoría de padres de bajos recursos, la enfermedad y hospitalización de su hijo constituye una carga económica más a la que deben enfrentarse. No acostumbran formas democráticas de comunicación, se muestran en ocasiones defensivos y hostiles con el personal a quien también llegan a culpar de lo que le pasa a su hijo. Todo esto puede aparejarse con un nivel escolar y cultural bajo en los padres.

En las Familias Sobreprotectoras, los padres suelen confundir sus propias necesidades con las de su hijo en su afán de darle todo al niño.

"... al esperar una curación rápida para que el pequeño pueda reanudar la carrera de "competencia" - que para ellos constituye la vida. Esta actitud - lleva con frecuencia a hacer preguntas al personal, para asegurarse de que su inversión en el futuro no está en peligro"

(2) PETRILLO, MEDELINE y SANGER SIRGAY. Cuidado Emocional -- del Niño Hospitalizado. México, La Prensa Médica Mexicana. 1975 p. 51

ESTA TESIS DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA.

Existen otras familias cuyos principios religiosos se -
contraponen a los procedimientos médicos, esto crea dificultades ya que en ocasiones no aceptan algunos tratamientos médicos o quirúrgicos que equivalen a violar sus creencias. --
Los niños ante esta situación se muestran desconfiados y con miedo hacia el personal del hospital afianzándose más en sus padres.

Además de los aspectos ya mencionados digamos que una de las reacciones más generales en los padres es un sentimiento de culpa, aunque otros pueden sentirse molestos por la carga económica que presupone la enfermedad del niño.
Otros progenitores experimentan vergüenza por la deformidad - del niño, o bien, presentan pena y temor al ver a su hijo presa del dolor. La madre que es la figura más constante para el niño y la que permanece con él casi en la totalidad del proceso de hospitalización exterioriza de tal forma su preocupación que el niño la percibe y se siente en peligro.
Los adultos angustiados transmiten al niño sus propias aprendizajes, sus miedos y fobias. En suma, en torno al niño se - - crea una atmósfera continua de inseguridad.

Por último, la enfermedad del niño y/o su hospitalización llega a ser el centro de atención no sólo de los padres sino también de los demás integrantes de la familia (hermanos, abuelos, tíos, etc). El niño en ésta situación puede exagerar más su condición de enfermo para chantajear a los padres, quizá -

con el fin de no separarse de su presencia, por lo cual es re
comendable para los padres mantener una actitud equilibrada -
en el manejo de sus emociones frente al niño.

Sabemos que el padre tiene por lo regular la responsabilidad de la economía del hogar y que es el "trabajo" una de las razones por la cual no visita con regularidad al hijo hospitalizado (sin mencionar otras razones como la del rechazo, o miedo de no saber como enfrentar la situación) pero su presencia es esencial durante todo el proceso de hospitalización y es la madre quien pasa la mayor parte del tiempo con el niño, en quien también repercuten todas las tensiones emocionales. La hospitalización de un hijo llega a afectar las relaciones conyugales y con los otros hijos, por lo que se debe dar atención a estos aspectos de igual forma.

Es conveniente que los padres asuman con interés la salud de su hijo y que acaten las normas, reglamentos, disposiciones y sugerencias que se establecen en los hospitales. Ya que caer en actitudes exageradas de emotividad, sobreprotección, de rigidez o dureza e indiferencia hacen menos soportable el proceso de hospitalización ya no sólo para el niño sino también para la familia. Expresado en otras palabras como las que plantea Ramón de la Fuente acerca de las necesidades del niño y con las que cerramos este capítulo.

"Amor con estos calificativos es lo que el niño necesita. Cuidado y protección adecuados a cada estadio de su desarrollo. El niño necesita sentirse protegido por sus padres y tener confianza en ellos y en la estabilidad de su hogar para experimentarse capaz de enfrentar a cada paso situaciones desconocidas. Interés en lo que hace, en sus pequeños logros, en sus decisiones y en sus fracasos. Conocimiento de sus limitaciones y de sus capacidades específicas de sus talentos y sus vulnerabilidades. - Aceptación y respeto de su individualidad, sus intereses y deseos" (3)

(3) DE LA FUENTE MURIZ, RAMON. Psicología Médica. México, Fondo de Cultura Económica. 1981 p. 185

C A P I T U L O V

LA ATENCION A PACIENTES
ESPECIALES

CAPITULO V

5.1 ALGUNAS ENFERMEDADES CRONICAS.

Hemos hablado hasta ahora en términos genéricos de la enfermedad pero no hemos precisado que dentro del sinúmero de enfermedades existen algunas que merecen mayor atención en un hospital. Hay casos en que las enfermedades, dada su naturaleza o etiología, son prolongadas o crónicas.

La razón de una hospitalización puede variar de acuerdo a las circunstancias o a las necesidades del padecimiento. El ingreso de un paciente a un hospital puede ir desde una simple intervención quirúrgica ambulatoria hasta tratamientos muy prolongados que llegan a durar de dos a tres años. Hecho por el cual el estado de salud física y emocional del niño se va deteriorando al igual que el de la familia del paciente, pues implica un constante desgaste en todos los sentidos para cada uno de los integrantes que la componen.

En el Instituto Nacional de Pediatría, que es un hospital de tercer nivel, es decir, un hospital en donde se atienden todas las especialidades del área pediátrica y en la atención del niño enfermo interviene un cuerpo multidisciplinario que tiene como objetivo un fin común: la salud del niño. A partir de la experiencia que he obtenido en esta institución he podido observar el comportamiento y las reacciones de los niños de acuerdo a las especialidades médicas en las que son atendidos. Esto nos ofrece un campo de acción para atender y abordar adecuadamente a cada niño, según su padecimiento y las implicaciones

nes del mismo.

Es necesario aclarar el término de "enfermedad crónica", ya que no todas las enfermedades se presentan de igual forma. Lo crónico en una enfermedad está en función del tiempo que lleva de evolución el padecimiento, que puede ser varios meses o años, y no todas las enfermedades crónicas tienen que ser forzosamente riesgosas. Dentro del Instituto Nacional de Pediatría como centro de referencia de pacientes, se atiende una gran cantidad de enfermedades crónicas, de entre ellas - manejaré solo algunas de las importantes.

Las reacciones de los niños con estas enfermedades son muy variadas, por lo que no recomiendo tomar estas observaciones como un patrón rígido o fijo a seguir, ya que en la hospitalización prolongada de algunos casos, los niños suelen mostrar una actitud tranquila e indiferente, cuando las molestias físicas no son muy intensas. Y en otros, muestran actitudes falsas que encubren su angustia; se observan cooperadores, amigables, alegres, cordiales, correctos y ordenados pero al salir del hospital llegan a reaccionar en forma destructiva y agresiva, incluso recriminando a los padres -- por su internamiento.

Empezaremos hablando de los niños que son atendidos en la especialidad de Inmunología. Para lo cual manejaré conceptos lo más claro posible.

La inmunología es la disciplina que estudia todo lo que tiene que ver con la respuesta inmune del cuerpo humano, (que puede ser positiva o negativa) es decir, la seguridad de las defensas del organismo humano para los ataques de todo tipo de enfermedad. Esta respuesta inmune la realizamos todos los seres humanos y nos protege de todo tipo de infecciones, trastornos, generación maligna de las células y otras disfunciones más. Las enfermedades inmunológicas son muy variables, -- pueden atacar cualquier sitio, órgano, tejido o célula del organismo. En algunas de estas enfermedades ocasionan alteraciones físicas y psicológicas, más que nada por el tipo de medicamento que se les suministra a los pacientes. Estos pacientes llevan un manejo muy cuidadoso, pues hay factores de la enfermedad que no se pueden detectar y los internamientos son prolongados con tratamientos de medicamentos fuertes que por lo regular llegan a deprimir al paciente.

Las enfermedades autoinmunes más comunes son la artritis reumatoide, la fiebre reumática, la dermatomiositis, hepatitis crónica, leucemia, lupus y otras. Son pocos los pacientes con estas enfermedades que llegan a morir, esto depende del estado de gravedad y avance en que llega un paciente a -- ser atendido, la mayoría de pacientes pueden sobrevivir teniendo condiciones favorables de vida.

Por lo regular los pacientes de esta área se encuentran en ambientes aislados de otras especialidades, su espacio de

acción es restringida. Su reacción común es ser retraídos, deprimidos y temerosos. Esto en parte por los factores del tiempo de hospitalización, los medicamentos, su propia enfermedad. Sin embargo son niños que gustan de participar en actividades recreativas, escolares y ocupacionales para salir de su rutina y del encierro al que se ven sometidos.

En la especialidad de Otorrinolaringología; que es la -- disciplina que se ocupa de las enfermedades del oído, nariz - y laringe, encontramos varias enfermedades y entre ellas de - las más problemáticas son la papilomatosis, estenosis, que a - causa de ésto a los niños se les coloca un aparato o válvula - llamada cánula a la altura de la laringe, hecho por el cual - estos pacientes tienen problemas emocionales a partir de sen - tirse truncados en la comunicación. El aparato no les permite hablar muy fuerte y con claridad, son pacientes que requieren un apoyo afectivo, ya que la dificultad en la comunica - ción les hace sentirse inseguros.

Las enfermedades que se atienden en Neurología son las - que afectan directamente al sistema nervioso en general. Los - pacientes son internados con frecuencia durante periodos pro - longados, los medicamentos que se les aplican son fuertes normalmente y permanecen en cama en reposo ya que estas enferme - dades afectan por lo regular el sistema motor del paciente. - Se muestran un tanto apáticos a participar en actividades, en ocasiones se les observa deprimidos.

Entre otras enfermedades graves evolutivas encontramos - también las Nefropatías, que son aquellas enfermedades que -- tienen que ver con los riñones. De igual forma estos niños - tienen internamientos prolongados por la aplicación de méto-- dos de diálisis y de trasplante que los tensan mucho y les- provocan reaccionar con ansiedad.

En la especialidad de Ortopedia se trata de prevenir y - corregir quirúrgica o mecánicamente las deformidades del cuer- po humano por medio de ciertos aparatos o de la práctica de - ejercicios corporales específicos. Los pacientes que son - - atendidos en esta especialidad ingresan por lesiones como - - traumatismos, luxaciones o fracturas en el sistema óseo, o -- bien, por trastornos del desarrollo físico (debilidad en el - desarrollo, aceleración del crecimiento, distorsiones del cre- cimiento), secuelas de poliomielitis y otras más.

La hospitalización de estos pacientes en ocasiones es pronlon- gada, las posiciones son incómodas y tienen poca movilidad -- por los aparatos ortopédicos o yesos que les son aplicados. - Son pacientes que al tener una deformidad física reaccionan - con frustración ante la imposibilidad de una motricidad ade-- cuada; esto puede variar de acuerdo al nivel de madurez emo-- cional y afectiva en cada paciente. En estas condiciones al- gunos reaccionan con conductas de evitación, huida o agresión.

Se protegen más que defenderse, fabricando situaciones deriva- das de la imaginación; distracciones, fantasías, como un refu- gio a su enfermedad.

En las Cardiopatías; referidas a aquellas enfermedades congénitas del corazón y de los vasos sanguíneos, los factores emocionales en estos niños son importantes. Los niños con estos problemas realmente se dan cuenta de la importancia de su afección, tomando en cuenta al corazón como un órgano vital, saben de los peligros que corren y de la posibilidad de invalidez o muerte, aunque no lo perciban claramente. Algunos niños reaccionan con ansiedad, mientras que -- otros lo hacen bajo un estado de pasividad o inercia. A -- partir de una irrigación insuficiente de sangre se pueden -- presentar lesiones cerebrales que repercuten tanto en el -- plano intelectual (nivel intelectual débil, dificultades de organización perceptiva, lentitud de ejecución, déficit motor) así como en la organización afectiva del sujeto donde el medio familiar tiene una influencia determinante. Por medio de intervenciones quirúrgicas se pueden modificar los trastornos presentados por estos niños.

El niño Diabético; estos niños normalmente son esclavos de sus tratamientos insulínicos y de todo un régimen -- dietético. Su hospitalización puede deberse a accidentes hipoglucémicos o acidóticos. Algunos autores sostienen la hipótesis de que un individuo fisiológicamente sensible, es -- susceptible en un clima de stress afectivo, de desarrollar manifestaciones clínicas de diabetes. Los problemas afectivos y emocionales son de importancia en el desarrollo de la enfermedad.

La reacción de un paciente diabético depende de la historia de su enfermedad así como de su edad. Los más pequeños sufren pasivamente su enfermedad, el disimulo y la rebeldía son raros, no existe una toma de conciencia precisa, algunos tienden a sacar provecho explotando su situación de enfermos. - - Otros, de edad entre los 8 a 10 años disimulan su enfermedad y las actitudes negativas con rebeldía repercuten en sus relaciones sociales y familiares.

En los jóvenes diabéticos son frecuentes las tendencias depresivas y la ansiedad. La angustia disimulada o inquietud consciente puede producir ideas de suicidio.

Se observa también en los niños diabéticos inmadurez afectiva, inestabilidad de humor con irritabilidad, gran necesidad de protección y falta de confianza en sí mismos, además de una notoria dependencia hacia uno o ambos padres, factor que -- comunmente los padres retroalimentan.

Su enfermedad llega a provocar daños a tal grado que pueden verse afectados en el sistema nervioso, visual y otras.

En la especialidad de Oncología que se refiere a la rama de la medicina que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de tumores en general (cáncer). La etiología del cáncer no es conocida con claridad. Se puede presentar por enfermedades producidas por la acción de múltiples factores ambientales como el trabajo, medicinas, dietas, cosméticos, materiales de construcción, combustibles, contaminantes en agua, aire y alimentos, radiaciones nucleares y otros más.

Existen una variedad de cánceres y múltiples factores que lo desencadenan. Todo aquello que es capaz de alterar el equilibrio endocrino y la capacidad del funcionamiento hepático y que obliga a grupos de células a proliferar anormalmente y que llega a lanzar algunas células hacia ese estado de mutación que es el cáncer. Esta enfermedad puede incapacitar y matar, pero detectada oportunamente en sus primeras fases, los pacientes tienen la probabilidad de recuperarse. Los niños o jóvenes con esta enfermedad son sometidos a períodos largos de hospitalización y a medicamentos y tratamientos -- fuertes y dolorosos como las quimioterapias y radioterapias -- que hacen decaer los ánimos de estos pacientes. Comienzan a perder cabello y vello en todo el cuerpo, pierden peso, presentan anemia, los vómitos de cualquier alimento son frecuentes debido a los mismos medicamentos. Se deprimen profundamente y es necesario insistir reiteradamente para que se incorporen a una actividad. El tratamiento de estas enfermedades es muy costoso además de lo prolongado y doloroso que resulta para el paciente y su familia.

En las fases terminales de la enfermedad estos pacientes -- llegan a permanecer quietos y parecen aceptar lo inevitable. Es una actitud de una negación a la realidad en donde el paciente hace esfuerzos por protegerse de la ansiedad.

Los padres en la gran mayoría de las enfermedades crónicas mencionadas, al saber las posibilidades más cercanas de --

muerte, pueden ir elaborando un duelo de separación junto con su hijo brindándole todo el amor, simpatía y apoyo en los últimos días, o bien algunos llegan a pensar que nada tiene remedio y se bloquean teniendo posteriormente problemas personales importantes.

Dentro de la especialidad de la Medicina Interna, el Síndrome de Maltrato al Niño es otra de las causas de ingreso a un hospital con más frecuencia en los últimos años. (No sólo el maltrato en niños o jóvenes, sino también el abuso sexual en esta misma población). El maltrato entendido como aquella educación inadecuada y daño físico de la persona que se encuentra en el período de la vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad. Es pues la fuerza física ejercida en forma intencional, no accidental, o a través de actos de omisión intencionales, dirigidos a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercidos por parte de uno o ambos padres o de otra persona responsable de los cuidados del menor. Estos malos tratos se pueden presentar en cualquier nivel socio-económico y más frecuentemente en familias de cultura pobre y bajos recursos económicos. De entre los daños físicos provocados podemos encontrar lesiones graves que requieren de atención médica como son: quemaduras con distintos objetos, heridas con armas punzocortantes, fracturas en varias partes del cuerpo, abuso sexual, etc. Estos pacientes reaccionan con defensa a cualquier extraño, se muestran agresivos, violentos. Tratan de llamar la atención pero rechazan algún tipo

de elogio. Requieren de mucha estimulación afectiva, tanto - los padres como el mismo paciente requieren de un manejo multidisciplinario durante el proceso de hospitalización y posterior a éste.

5.2 EL PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO.

Este como el anterior apartado requiere también de un manejo especial, ya que estos casos encierran una problemática profunda y en su atención se requiere de un manejo multidisciplinario que pueda aportar puntos de vista distintos sobre la problemática de estos pacientes. El ingreso de pacientes por esta causa no es frecuente en un hospital y cabe aclarar que la población que llega a ingresar a un hospital pediátrico -- por esta causa está compuesta por adolescentes.

La adolescencia es una etapa de transición importante en el desarrollo humano. La búsqueda de patrones que contribuyan a la elaboración de la identidad llega a verse en la adolescencia como una crisis tan fuerte que algunos jóvenes pierden las esperanzas y la fe en sí mismos y lo que les rodea.

Los constantes cambios en el desarrollo de las sociedades han hecho que el hombre llegue a un progreso en lo científico y lo tecnológico, pero a su vez, estos avances han influido en cambios de los patrones de conducta del mismo, patrones existenciales, familiares, sociales, etc.

Algunos individuos en la búsqueda de satisfactores a su razón de ser y de existir encuentran situaciones adversas, no logran obtener compensación alguna en el amor, el trabajo, la religión, el arte, el dinero, las relaciones interpersonales, el sexo, etc. Estos individuos manifiestan un carácter neta-

mente patológico de ruptura con su medio y contra su propia persona. El desenlace, en la mayoría de estos sujetos, al no encontrar solución a su problemática es el suicidio.

Hace ya más de 100 años el suicidio es considerado un fenómeno social que hasta nuestros días. En muchas culturas se ha considerado indignante, sin embargo actualmente ha cambiado esta actitud de repudio por la comprensión, ya que aquella persona que trata de quitarse la vida está enferma y es presa de una gran angustia, por lo cual necesita ayuda médica y social.

Al hablar de suicidio el término tiene connotaciones diferentes pero todas se refieren a la autodestrucción. Para algunos, suicidio significa "el acto de quitarse la vida", -- "el que muere por su propia mano". Usado en sentido figurado se refiere a la conducta de individuos o grupos que pueden -- causar su propia destrucción.

Históricamente el suicidio se ha practicado en todas las épocas, en algunas de éstas se consideró como algo neutral, -- antisocial, crimen, pecado, etc., (factores que dependen de la cultura) pero lo que se puede asegurar sobre la mayoría de las personas suicidas de las diferentes épocas y culturas, es que han tenido una cosa en común; la depresión, la falta de -- felicidad, la soledad.

En cuanto a las cifras sobre suicidios varían considerablemente de país en país siendo relativamente confiables dichos datos, lo importante es que en las últimas décadas el número de víctimas se ha incrementado bastante.

Por otra parte se dice que el suicidio es un problema principalmente de los años medios y últimos de la vida, pero ha cobrado fuerza en los grupos más jóvenes recientemente. En los Estados Unidos el suicidio ocupa el tercer lugar como causa de muerte entre los adolescentes junto con los accidentes y los homicidios.

En México de 1980 a 84 se informó de 111 suicidios de niños-menores de 15 años, aunque se calcula que por cada intento suicida hay 20 que no se registran. En el Servicio de Medicina Interna del Instituto Nacional de Pediatría, el ingreso por este motivo durante 1988 fué de 7 pacientes y de esa fecha a nuestros días han ingresado 3 pacientes.

La tasa en cuanto al intento de suicidio es más frecuente en la población del sexo femenino, mientras que la mayoría de los suicidas son varones (cabe aclarar que no es mucha la diferencia o distancia que media entre los hombres y las mujeres que han cometido suicidio en las últimas décadas).

La Sociología y la Psicología han contribuido con elementos importantes para el análisis sobre el suicidio.

La influencia constante de la violencia (en medios masivos de comunicación) en algunas sociedades como la nuestra, -

ha hecho que los jóvenes expresen abiertamente su conducta antisocial. Este tipo de violencia como una forma de protesta ante sí mismos y el medio que lo rodea, al autodestruirse se piensa que se destruye al mundo, es una actitud de culpa mal canalizada.

El suicida puede pensar que con su acto elimina una parte que no le agrada de esta vida, "para vivir en otra vida", es una forma de evasión y autoagresión.

También resulta interesante señalar que en las grandes - urbes en contraste con las zonas rurales, el suicidio es más frecuente, posiblemente por lo cotidiano en el bombardeo de la agresión y la familiaridad con la violencia en la que vivimos, el hacinamiento, el ecocidio y la destrucción del medio, factores favorables a la destrucción.

Es muy común en México el grado de desorganización familiar (en familias por lo regular numerosas), la falta de una figura paterna, la confusión en los roles familiares, la inadecuada comunicación, en donde es depositada la agresión sin que sea canalizada de manera positiva, esto puede traducirse en una futura sociopatía del niño. Es por ésto que tanto la persona delincuente como el suicida son la expresión patológica individual de una alteración social, pero a su vez es la manifestación de un núcleo familiar enfermo.

En cuanto a lo que se ha observado en las relaciones familiares y su influencia en los hijos, el padre constituye una -

imagen a seguir, en la mayoría de estas familias desintegradas el hijo tiende a imitar inconcientemente las actitudes del padre, si éste es alcohólico el adolescente encontrará en el alcohol o en las drogas, un medio en el que manifieste su aislamiento y depresión, síntomas de miedo, culpas y ansiedades.

En cuanto a los datos que se tienen de clínicas y hospitales en relación a los intentos de suicidio, la mayoría de los casos se derivan a causa de riñas familiares con el padre o la madre, o bien, con la pareja.

Lo importante al mencionar los intentos de suicidio es -- que siempre existe un intento antes de que se consuma.

Los intentos son muchas veces ignorados, dando como resultado que el intento termine en suicidio completado, en lugar de que existiera una respuesta social favorable para evitar esto.

Anteriormente se manejó lo referente a las cifras estadísticas que son un tanto insignificantes dado que muchos suicidios son disfrazados como accidentes por lo que no son registrados como tales.

Por otro lado, la sociedad mexicana ha sido incapaz de -- dar sustento material y afectivo a las necesidades básicas de miembros, sufrimos una injusticia en la distribución de la riqueza; la pobreza, la explotación, el hambre, la discriminación social y sexual, por consecuencia el desempleo y la delin

cuencia. Es por esto que el alto riesgo de sufrir un desequili
brío en nuestra sociedad es muy frecuente y que se llegue-
a puntos de fricción social.

FACTORES CAUSALES QUE INTERVIENEN EN EL SUICIDIO.

Según la Organización Mundial de la Salud (1961), se ha
llaron con más frecuencia los siguientes factores:

- Viudez, soltería y divorcio.
- Juventud.
- Carencia de hijos.
- Residencia en grandes ciudades.
- Crisis económicas.
- Problemas familiares*
- Enfermedad física*
- Intoxicación, alcohol y drogas.
- Problemas amorosos*
- Enfermedades mentales.

La Psicología ha aportado otros elementos de interés, pe
ro lo que aquí nos importa es lo que se puede relacionar con-
el suicidio. Hasta nuestros días existe el desacuerdo y las-
dudas con respecto a la clasificación de la depresión como en
fermedad (estado de ánimo que se caracteriza por tristeza, --
disminución de autoestima y retraso en la actividad motora).

- - - - -
(*) Estas causas son más frecuentes en México de acuerdo a un
estudio en 1969 por H. Eliorriaga, Salud Pública de Méxi-
co.

Se han hecho intentos por diferenciar a los pacientes deprimidos en base a otros factores que no sean la intensidad y la gravedad del estado de ánimo, del pensamiento y la conducta motora. La variable más frecuente en el grado depresivo entre los pacientes se debe a las circunstancias del medio ambiente.

De acuerdo a la diversidad de teorías psicológicas la depresión ha sido explicada y entendida de varias formas así -- mismo como las terapias que se manejan con estos casos.

Desde el punto de vista del psicoanálisis, el suicidio -- tanto como el homicidio son manifestaciones de los impulsos-agresivos incontrolados y difieren solamente en su elección -- del objeto. Según Freud, la conducta humana podía entenderse -- como el resultado de la relación entre el impulso sexual y el impulso de muerte, éste último viene a explicar un tanto la -- conducta agresiva y destructiva contra otras personas o el yo como se presenta en el suicidio.

La predisposición suicida podría estar basada sobre ciertos rasgos de la personalidad que forman parte del "equipo" -- innato del individuo, o sobre experiencias previas, éstas pudieron haber sucedido en la historia de la infancia o adolescencia, como podrían ser, separación o pérdida de los padres, hogar deshecho, inestabilidad familiar, problemas en la relación conyugal, factores de desorganización social, situaciones de stress emocional, etc.

La conducta habitual que deriva en el autoperjuicio, el martirio, el alcoholismo, la conducta antisocial, la automutilación y algunos tipos de enfermedades mentales, son considerados como suicidios mentales.

Sin embargo, muchas personas sostienen o piensan que --ninguna persona se elimina y que todo individuo que lo hace-- sufre de una enfermedad mental. En la actualidad, es muy razonable el no aceptar el acto suicida o el intento sólo como un criterio de trastorno mental, sino que es necesario establecer un abordaje clínico para observar si no existen otros síntomas que puedan asegurar dicho trastorno.

El suicidio puede ocurrir en la mayoría de las enfermedades mentales. Es raro en la demencia orgánica o deterioro - intelectual debido a las lesiones cerebrales. La enfermedad depresiva como ya lo mencionamos anteriormente es el trastorno mental con más alto riesgo de suicidio. Pero también los de personalidades anormales, como los histéricos, psicópatas antisociales, así como las personalidades con una desmedida-inclinación suicida se constituye por los alcohólicos y --farmacodependientes.

Muchos psiquiatras han intentado enumerar una serie de critérios indicativos de un acto suicida inminente. El profesor Kielholz de Basilea menciona los siguientes:

- 1) Depresión con sentimiento de culpa, desvalorización y autoacusaciones, asociadas con tensión y agitación.
- 2) Hipocondría severa, o sea una tendencia al continuo lamentarse, generalmente sobre síntomas físicos.
- 3) Insomnio con gran preocupación por sí mismo.
- 4) Temor a la pérdida de control o a herir a otros o a sí mismo.
- 5) Previo intento de suicidio.
- 6) Preocupación y hablar acerca del suicidio.
- 7) Actitud indiferente hacia los parientes o vida en aislamiento social.
- 8) Suicidios en la familia.
- 9) Enfermedad física grave.
- 10) Afición al alcohol o a drogas.
- 11) Sueños de catástrofes, caídas y autodestrucción.
- 12) Desempleo y problemas económicos.

Cuando un adolescente se encuentra bajo tensiones y problemas que no puede canalizar de una manera adecuada, el intento de suicidio constituye la forma de llamar la atención de la gente que le rodea, como sus padres, su novia o pareja, sus amigos, etc. Es una señal de alarma para su entorno, su intención no es consumir dicha acción, sin embargo, entre los intentos por llamar la atención pretendiéndose quitar la vida, algunos adolescentes mueren sin que ésto sea el objetivo real o la intención.

El ingreso a hospitalización de un adolescente por esta razón, frecuentemente se debe a la ingestión de sustancias tóxicas o medicamentos, provocando daños muy severos a su organismo. Durante la hospitalización y después de la misma la atención -- además de médica es de apoyo emocional y afectivo, pues su autoestima se encuentra afectada seriamente.

Con este tipo de pacientes resulta difícil su abordaje ya que se muestran renuentes a la comunicación, se muestran indiferentes, agresivos y con poco interés hacia cualquier aspecto relacionado a su persona.

Finalmente, es preciso señalar la importancia que tiene el conocimiento a fondo de los elementos que las distintas disciplinas nos aportan: nos brinda más herramientas de análisis -- para comprender y dar un mejor manejo a las personas que se enfrentan a esta problemática.

C A P I T U L O V I

ATENCION PSICOPEDAGOGICA DEL
NIÑO HOSPITALIZADO

(EL CASO DEL
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA)

6.1 LAS TERAPIAS OCUPACIONALES, RECREATIVAS Y EDUCATIVAS CON EL NIÑO HOSPITALIZADO.

Como ya hemos hablado de todos aquellos desajustes que le provoca a un niño la enfermedad y a consecuencia de ella una hospitalización, es necesario ahora mencionar algunas acciones que puedan contrarrestar toda la serie de desajustes emocionales provocados por su internamiento.

No todos los hospitales de carácter pediátrico en nuestro país contemplan servicios que tengan como objetivo el contrarrestar aquellos cambios que experimenta el niño a consecuencia de su hospitalización. Los servicios de Salud Mental y Trabajo Social tienen funciones de apoyo tanto a los pacientes como a los padres, en casos muy particulares. Pero lo que es el apoyo emocional y afectivo con el paciente dentro de su estancia en el hospital, y que significa, adaptar, socializar, entretener, educar, y demás acciones con un paciente hospitalizado no es una tarea fácil a la que cualquier profesionalista esté dispuesto y preparado para llevar a cabo.

Dentro del personal multidisciplinario que atiende a un paciente hospitalizado son distintas las funciones de técnicos y profesionales para con el niño enfermo. Más sin embargo la atención no debe centrarse exclusivamente en los aspectos biológicos sino también en las repercusiones psicológicas que implican tanto la enfermedad y la hospitalización.

En la gran mayoría de hospitales pediátricos en México - existe, por un lado, una actitud apática e incrédula acerca - de que un padecimiento puede ser tratado en buena medida aten- diendo los aspectos emocionales y afectivos del paciente. Por otro lado, es probable también la falta de personal capa- citado para desempeñar esta actividad, así como el poco apoyo económico y material destinado a esta importante labor.

En tanto en la gran mayoría de Hospitales Pediátricos de la Unión Americana contemplan servicios destinados a favore- cer los aspectos antes mencionados.

En el Instituto Nacional de Pediatría y desde su crea- ción nace también un Servicio llamado "Escolaridad" (de don- de parte esta alternativa). Respondiendo a los cambios que en materia de atención médica integral se retoman las experien- cias de hospitales pediátricos americanos para adaptarlos a - las condiciones socio-económicas y culturales de nuestra po- blación. El concepto de atención "integral" del niño hospita- lizado se refiere al manejo de la enfermedad y su tratamiento valorando no solo los aspectos médicos sino también las nece- sidades afectivas y emocionales.

En algunos hospitales americanos con servicios pediátri- cos cuentan con un espacio físico, normalmente como una espe- cie de salón de clases, con el mobiliario y material didácti- co necesario como libros, juegos, papelería, etc. que son uti- lizados para las actividades que se realizan con los niños in-

- Lograr la mayor adaptación del niño al medio hosp
pitalario haciendo más agradable su estancia.
- Propiciar la socialización del niño hospitaliza-
do durante su internamiento tanto con su familia,
compañeros, como con el personal médico y paramé-
dico.
- Favorecer el crecimiento y desarrollo de los niños
enfermos por medio de actividades que le estimulen.
- Sensibilizar al niños hospitalizado sobre la educa-
ción formal para que inicie y/o continúe su escola-
ridad.

Es conveniente hacer algunas observaciones antes de ha-
blar sobre las actividades que se realizan con los niños. En
primer lugar quiero aclarar que a pesar de lo que muchos auto-
res fundamentan o exponen sobre el desarrollo infantil en ge-
neral, este se ve modificado o afectado en muchos de esos as-
pectos al presentarse en el niño una enfermedad crónica y por
ésta causa su hospitalización.

Las etapas del desarrollo infantil sufren modificaciones
sustanciales a partir del proceso de hospitalización al que -
será sometido. Las áreas afectivas y emocionales del niño así
como las sociales, cognitivas, se verán de igual forma afecta-
das.

ternados. De igual forma en el Instituto Nacional de Pediatría (que es la Institución de la cual parte esta experiencia) existe en cada uno de los pisos un área adaptada para que los niños trabajen en actividades recreativas, ocupaciones o educativas.

El personal encomendado para esta labor, por lo regular - se compone de profesores normalistas, educadoras en unidad médica, pedagogos, psicólogos y terapeutas del lenguaje que, además de la preparación técnica o profesional que es importante, también es necesario cierto carácter y disposición para trabajar en un ambiente hospitalario, ya que trabajar con niños sanos en su ambiente escolar formal y cotidiano, es totalmente diferente a trabajar en condiciones que resultan incómodas en un momento dado, tanto para el mismo niño como para el personal que lo atiende. Además del simple hecho de que no resulta nada agradable para cualquier ser humano ver sufrir a un semejante. A pesar de todas las incomodidades, el trabajo exige un gran - esfuerzo físico y emocional para brindar el mejor apoyo a cada uno de los niños por parte de nosotros.

Entre los objetivos más importantes que se persiguen con estas actividades y específicamente del Servicio de Escolaridad del Instituto Nacional de Pediatría, están los siguientes:

- Evitar en lo posible que la separación que sufre el niño de su medio ambiente lesione su desarrollo integral.

El niño antes de su enfermedad y hospitalización lleva un equilibrio en lo referente a su desarrollo en general, su capacidad se ve delimitada por todas las modificaciones a las que un proceso como éste implica.

Otro aspecto importante a mencionar es acerca de las consideraciones que se tienen para la aplicación de las actividades con los niños hospitalizados. Se trabaja sin distinción de la especialidad con una o dos actividades, salvo que el material para dichas actividades en ocasiones debe cubrir con ciertos requisitos, para que algunos niños según su padecimiento - puedan localizarlas, por ejemplo: los niños de inmunología, oncología, nefrología, neurología, entre otros, no se recomienda trabajar con materiales tóxicos, de aromas fuertes como pinturas con thiner, resistol, platilina, aserrín, y otros más, - que puedan en un momento dado provocar en el paciente desde náuseas, o vómitos, hasta alergias o hemorragias.

Con lo anterior pretendo dejar en claro que no se trabajan actividades específicas para cada una de las especialidades.

Después de todos los desajustes a los que el niño tiene - que adaptarse (a causa de su hospitalización) es conveniente - brindar a los niños actividades que les permitan adaptarse con mayor facilidad a éste ambiente. Se preparan tres tipos de opciones o actividades que puedan resultar de interés para los niños hospitalizados.

LAS TERAPIAS OCUPACIONES: que se refieren a la elaboración de trabajos manuales, de expresión gráfico-plástica, expresión libre y/o dirigida, expresión concreta y la manipulación de distintos materiales educativos.

En estas actividades que van desde la simple construcción de un muñeco o payaso en una hoja de cartulina, o un simple dibujo con acuarelas, el niño tiene la posibilidad de expresar su creatividad y canalizar en forma positiva todas las tensiones y angustias acumuladas. La variedad de materiales como engrudo, resistol, papel lustre, crepé, lápices de colores, crayolas así como los materiales de desecho o desuso le motivan a mantenerse ocupado en algo que le permite salir de la rutina.

Estas actividades son las de mayor preferencia por los niños no solo de edad preescolar y escolar, sino también por los adolescentes.

Para algunos niños que se muestran retráidos y no entran fácilmente en comunicación amistosa con otros niños o incluso con el mismo personal médico y paramédico, la actividad brinda la oportunidad de que el niño se socialice. De esta manera se pueden conocer sus inquietudes, sus miedos, o bien, platicar de cualquier tema tomando como pretexto la elaboración de su trabajo.

La interacción espontánea con el grupo de trabajo y la actividad misma, le hace al niño ir perdiendo el miedo al lugar y a la gente que allí labora, adquiere seguridad y confianza, aspectos que son importantes de reforzar por nuestra

parte.

Cabe señalar que tanto para las actividades ocupacionales, recreativas y educativas es conveniente tener en cuenta lo siguiente: el reposo medicamente indicado para un paciente de acuerdo a su padecimiento. Las limitaciones de movimientos para algunos niños son indispensables como en los casos de cirugías delicadas o posturas ortopédicas. Los aislamientos por contagio de alguna enfermedad como varicela, sarampión, hepatitis, etc. donde el niño debe permanecer en su habitación para no tener contacto con los demás niños.

Estos detalles no implican que los niños no puedan o deban trabajar, sino por el contrario, que se debe tener mayor cuidado y atención en los materiales y en la elaboración de su actividad.

LAS TERAPIAS RECREATIVAS: consisten en actividades que fomentan el esparcimiento y la diversión del niño como son: representaciones teatrales, musicales, teatro guiñol, teatro de sombras y juegos organizados, dinámicas de integración, juegos de mesa, así como la celebración de fechas especiales como navidad, día del niño, día del médico, de la enfermera, etc.

Dentro de estas actividades va implícita aquella característica natural de la que dispone un niño para expresarse por medio del juego. A través de este el niño puede contra-

restrar ansiedades, frustraciones, depresión, tensión, derrotas.

Como un proceso curativo y en esta medida terapéutico, - el juego enfoca un aspecto diferente del proceso de readaptación a un medio ajeno como lo es un hospital. La expresión y liberación catártica de sentimientos emocionales por medio del juego permite establecer relaciones cálidas y satisfactorias - con el entorno del niño. Aprende a relacionarse con personas, maneja actitudes adecuadas hacia los adultos y hacia sí mismo. Aprende el niño a expresar sus sentimientos con ciertos límites tanto en forma verbal como por medio de actitudes.

Existen innumerables estudios sobre ludoterapia, donde se habla sobre la tarea principal del terapeuta que consiste en - afianzar el "yo" del niño mediante el juego y otros recursos.

Son varios los tipos de juego que pueden llevarse a cabo con los niños, pero en sí por mucha planeación que haya en éste la espontaneidad será uno de los factores a favor en este medio para canalizar angustia y tensión.

Además del esparcimiento que proporciona el juego también es un medio de enlace de comunicación afectiva entre los padres y el niño.

El juego como terapia ayuda en buena medida a que el niño canalice positivamente sus tensiones y angustias, pero esto no significa que por medio del juego el dolor desaparezca, pero -

promueve en el niño una sensación agradable que disminuye la espera ensiosa de algún procedimiento o curación dolorosa.

Cabe destacar que dentro de las fantasías infantiles la la muerte constituye un tema inquietante para ellos. Cuando un compañero de cuarto de algún niño fallece, o bien, se encuentra en una etapa terminal de su enfermedad, es necesaria la participación del Servicio de Salud Mental, quienes ayudan al niño a elaborar su duelo, es decir, ir asumiendo un sentido de pérdida hacia su propia vida (los psicólogos lo hacen por medio de la comunicación verbal directa con el paciente). Nuestra intervención en estos casos resulta muy oportuna y provechosa al utilizar como técnica proyectiva y catártica al juego, donde el niño puede manifestar abiertamente sus fantasías, ansiedades e inquietudes.

LAS TERAPIAS EDUCATIVAS: comprenden la alfabetización de pacientes, el asesoramiento y apoyo en las cuatro áreas del conocimiento (español, matemáticas, ciencias sociales, ciencias naturales). Préstamo de material impreso: libros, revistas, folletos, para motivarlo a realizar lecturas de comprensión o de entretenimiento, ejercicios de caligrafía y ortografía y la enseñanza de temas relacionados con la familia, la escuela y sobre todo acerca de la educación para la salud.

Estas actividades tienen un carácter de asesoramiento in formal, nada comparado con los esquemas clásicos de una educación escolar formal.

La hospitalización de un niño implica en algunos casos haber dejado suspendido el ciclo escolar, o bien, el no haber tenido ninguna experiencia escolar anterior a la hospitalización. En el primer caso para brindar el asesoramiento específico en alguna área del conocimiento, partimos de la inquietud y necesidad espontánea del niño y no de la preocupación tanto de los padres como del personal médico o paramédico basándose en la preocupación de que "el niño no debe perder su ciclo escolar" sin importarles su estado emocional. Ya que en ocasiones resulta -- que lo que el niño desea es salir lo más pronto posible de su enfermedad y quieren dejar de lado todo lo relacionado con el ambiente escolar. O por otro lado, existen pacientes que ellos mismos solicitan este apoyo sin la presión de otra persona. En este caso se brinda el asesoramiento apoyándose en el programa oficial de su escuela y nivel de estudio. Se toman en cuenta factores como el tiempo que permanecerá internado para poder -- programar actividades y llevar una secuencia y continuidad.

En el caso de niños que no han tenido experiencias escolares antes de su hospitalización, su ingreso a un lugar como éste llega a motivarlos a querer aprender a escribir o a leer. -- Quizás no se logre completar el proceso de alfabetización con ellos pero si se logra sensibilizarlos para que al salir del -- hospital tengan la inquietud de incorporarse a alguna escuela -- para continuar sus estudios.

Otro aspecto muy importante es proporcionar educación para la salud; tanto a los pacientes enfermos como a los padres de --

los mismos; aprovechando el internamiento se pueden manejar temas como la higiene personal, educación nutricional, - - orientación sexual y otros más, pues se ha visto durante el proceso de hospitalización tales carencias de información a partir de sus conductas y hábitos.

Entendemos como educación para la salud aquel conjunto de conocimientos sistematizados que se utilizan y aplican - para modificar o promover la conducta de las personas en be neficio de la salud.

La justificación de la educación para la salud en un - hospital como acción educativa y social está dada por la ne cesidad urgente de promover en los grupos poco favorecidos, que en su gran mayoría se hallan compuestos por comunidades rurales, indígenas o de áreas suburbanas marginadas y que - por lo regular es la población a quien se le dá prioridad - en la atención médica (por lo menos en el Instituto Nacio-- nal de Pediatría que es el hospital del que parte esta expe riencia y tomo como referencia).

Finalmente es importante mencionar que todas las activi dades se llevan a cabo con el propósito de hacer la estancia del niño más provechosa y agradable; le permiten mejorar su - autoestima, reforzar su personalidad e incrementar la seguri dad y confianza en sí mismo y en los adultos que le rodean; - de esta manera, le brindan la oportunidad de fomentar su de - sarrollo en las áreas afectiva, social, psicomotriz y cognos

citiva. Un objetivo más que se pretende alcanzar con ellas es favorecer la relación e integración (a veces hasta la reconciliación) entre el niño hospitalizado y su familia.

Cabe también aclarar que las terapias o actividades no tienen un carácter obligatorio en su aplicación para los niños, es decir, si participan es porque su padecimiento se los permite y porque ellos lo desean, aunque no se les deja de motivar para que se mantengan ocupados en algo provechoso durante su estancia hospitalaria.

Se procura trabajar en grupo con el mayor número posible de pacientes para fomentar la socialización, comunicación y la cooperación mutua. Pero también se trabaja en forma individual o más específica cuando existen niños que por su padecimiento o su estado en general así lo requiere. Siempre se respeta la decisión en cuanto a la elección de la actividad que deseen realizar según sus necesidades e intereses de ese momento.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

A lo largo de cinco años de experiencia de trabajo en un hospital he llegado a comprobar que la enfermedad en todo ser humano viene a desajustar el equilibrio normal en las áreas - biológica, psicológica y social. Si en un adulto resulta difícil soportar todas las implicaciones que acarrea la pérdida de salud, en un niño lo es aún más, pues tanto su fortaleza - como su hipersensibilidad así como su inmadurez emocional, le hacen reaccionar en forma muy compleja más si su enfermedad - requiere de la hospitalización.

Todos los cambios de conducta que se presentan durante - el proceso de hospitalización, conocidos como "síndrome de -- hospitalismo". Esto nos lleva a afirmar que la atención en - hospitales de servicios pediátricos no debe centrarse exclusivamente en el manejo médico de la enfermedad si no también en considerar los aspectos emocionales y afectivos, que al estimularlos en el niño por medio de una serie de terapias planeadas y dirigidas se puede favorecer y ayudar a la recuperación de la salud o por lo menos hacer la estancia del niño más - - agradable y provechosa.

Para llevar a cabo esta tarea es necesario que las personas que trabajan con los niños hospitalizados dichas terapias, tengan nociones de aspectos tales como la personalidad, la -- conducta, el desarrollo emocional y afectivo del niño sano, - como referencia para entender al niño enfermo. Conocer tam- -

bién los procedimientos de preparación del niño al ambiente hospitalario, de la salud y la enfermedad, nos permite tener elementos para informar y apoyar a los padres.

Es por ésto que dentro del manejo del niño hospitalizado se debe tener información sobre la dinámica y relación familiar para poder sugerir a los padres alternativas que mejoren dicha dinámica.

Aquel profesional dedicado al trabajo con niños hospitalizados, además de conocer metodológica y teóricamente la elaboración y la aplicación práctica de las actividades ocupacionales, recreativas o educativas, debe también poseer una información adecuada sobre las reacciones del niño hospitalizado y sus características así como de algunas de las enfermedades crónicas más comunes para de esta forma brindar la mejor atención a cada uno de los niños enfermos.

Por otra parte, el presente trabajo no pretende ser, de ninguna manera, una obra completa y acabada con la que se pueda superarse todas las dificultades que pudieran presentarse en el proceso de hospitalización de un niño. Sino por el contrario, un trabajo que requiere de aportaciones de nuestra disciplina, ya que es un área en donde poco ha hecho la Pedagogía en nuestro país.

La implementación de planes y programas que tengan como fin lograr una mejor adaptación del niño a medios como los hospitales. El aprovechar la estancia del niño por medio de actividades que le puedan ayudar a canalizar su ansiedad. El diseño de materiales diácticos adecuados para su uso en hospitales. Son actividades en las que el pedagogo puede aportar sus conocimientos dentro de este medio para así poder abrir más alternativas posteriores en otras áreas de un hospital.

Considero importante mencionar que a partir de la creación del proyecto "La labor del pedagogo como apoyo al Servicio de Escolaridad del Instituto Nacional de Pediatría", elaborado por Martha Suárez Silva, Manuel Gutiérrez Rocha y Arturo Martínez Leal en el año de 1987. Este proyecto responde ante la necesidad de cubrir adecuadamente la demanda de atención al niño hospitalizado por parte del Servicio de Escolaridad, ya que el personal asignado a dicho servicio es tan sólo de seis personas. El proyecto involucra a alumnos del Colegio de Pedagogía de la U.N.A.M. para realizar en el Servicio de Escolaridad sus prácticas escolares. Este proyecto así como otro más con estudiantes de la Escuela Nacional para Maestras de Jardines de Niños que realizan Servicio Social en periodos de seis meses, ha permitido que el personal de base del Servicio participe en otras áreas y actividades dentro del hospital como: cursos de orientación sexual y planificación familiar dirigidos a preadolescentes y adolescentes, cursos para niños asmáticos, participación en la atención de pacientes con intento de suicidio y síndrome de niño mal-

tratado, cursos Post-técnicos de Enfermería Pediátrica y Quirúrgica, además de apoyar a varios servicios en sus actividades. - Todo esto no sólo ha contribuido a promocionar al Servicio de - Escolaridad, sino también a brindar una alternativa interesante para el campo pedagógico en hospitales.

Quiero hacer notar que el presente trabajo fué elaborado - en su gran mayoría a partir de la observación y la experiencia - personal del autor, más que de la revisión bibliográfica o teórica sobre los temas manejados.

Finalmente, los médicos, paramédicos y personal en general que trabajamos en un hospital pediátrico debemos adquirir habilidades y aprender técnicas de comunicación para trabajar constructivamente con los niños y sus familias; identificar -- problemas que existen antes de la hospitalización así como - aquellos que se dan con este proceso y con la misma enfermedad del paciente, encontrar la manera de ayudar a los niños a dominar sus tensiones y ansiedades; en otras palabras, saber tanto acerca de la mente como del cuerpo y aplicar los conceptos de salud mental de manera tangible al tratamiento de los pequeños enfermos. Mientras ésto no se logre, estaremos haciendo un manejo arbitrario de ellos, con un carácter despersonalizado y - orientado especialmente hacia la etiología, patología y terapia de su enfermedad.

B I B L I O G R A F I A

- AJURIAGUERRA, J. D. Manual de Psiquiatría.
Barcelona-México, Masson, 1983. 984 p.
- BEART, RUTH M. Desarrollo del Niño.
Buenos Aires, Kapelusz, 1971, s/d.
- BERRUM HERNANDEZ, MA. TRINIDAD y otros. Desarrollo Psicomotor del Niño Mexicano.
México, I.M.S.S. Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación, 1975, 204 p.
- BIJOU, S. y DONALD, M. BAER. Psicología del Desarrollo Infantil.
Tr. por Francisco Montes, México, Trillas, 1973, 318 p.
- BLEGER, JOSE. Psicología de la Conducta.
Buenos Aires, Paidós, 1986, 293 p.
- BRIGIEY, CATHERINE M. Pediatría para la Enfermera.
Tr. Aurelia Ramírez de Burejeson. Buenos Aires, Troquel, 1970, s/d.
- BUCHER, H. Estudio de la personalidad del Niño a través de la Exploración Psicomotriz.
Barcelona-México, Toray-Masson, 1976, 190 p.
- CABALLERO, MARIO. "El Suicidio". En Información Científica y Tecnológica. México, CONACYT, Vol. II, No. 151, Abril 1989, s/d.
- CALDERON NARVAEZ, GUILLERMO. Depresión.
México, Trillas, 1984.
- COLLIN, G. Compendio de Psicología Infantil.
Buenos Aires, Kapelusz, 1971, 277 p.
- DOLTO, FRANCOIS. Psicoanálisis y Pediatría.
México, Siglo XXI, 1985, s/d.
- DE LA FUENTE MUNIZ, RAMON. Psicología Médica.
México, Fondo de Cultura Económica, 1981, 444 p.
- ELKONIN, D. B. Psicología del Juego.
Madrid, Pablo del Río Editor, 1980, 282 p.
- EY HENRY y otros. Tratado de Psiquiatría.
Barcelona-México, Masson, 1978, s/d.

- FITZGERALD, HIRAM R. ET AL. Psicología del Desarrollo, el Lactante y el Preescolar.
México, El Manual Moderno, 1986, 153 p.
- GAITAN GALARZA, VICTOR. El Libro Completo de la Diabétes.
México, Universso, 1989 96 p.
- HALLER, ALEX J. y otros. El Niño Hospitalizado y su Familia. Buenos Aires, El Ateneo, 1978, 136 p.
- HURLOCK, ELIZABETH B. Desarrollo del Niño.
México, Mc. Graw Hill Editores, 1982, 608 p.
- GEIST, HAROLD. Cómo Atender al Niño Antes y Después de la Hospitalización.
Buenos Aires, Paidós, 1976, 95 p.
- ILLINGWORTH, RONALD S. El Niño Normal.
México, El Manual Moderno, 1982, 473 p.
- LEIF, J. La Verdadera Naturaleza del Juego.
Buenos Aires, Kapeluz, 1978, s/d.
- LE BOULCH, JEAN. La Educación por el Movimiento.
Buenos Aires, Paidós, 204 p.
- LEWIS, MELVIN. Desarrollo Psicológico del Niño.
México, Interamerican, 1973, s/d.
- LIUBLINSKAIA, A. A. Desarrollo Psíquico del Niño.
Tr. por Andrés Fierro, México,
Grijalbo, 1971, 431 p.
- MERANI, ALBERTO L. Diccionario de Psicología.
México, Ediciones Grijalbo, 1976, s/d.
- MACRINNON, R. A. y MICHELS R. Psiquiatría Clínica Aplicada
México, Interamericana, 1973, s/d.
- MANDE R., MASSE N. P., M.MACIAUX. Pediatría Social.
Tr. por Rubén Gamboa de Becerril,
Barcelona, Labor, 1978, s/d.
- MELENDEZ LOPEZ, MA. ISELA. El Juego como Factor de Aprendizaje. (Tesis)
México, Escuela Normal "Simón Bolívar", 1989, s/d
- MENESES MORALES, ERNESTO. Psicología General.
México, Porrúa, 1969, 476 p.
- MUSSEN, CONGER, KAGAN. Desarrollo de la Personalidad en el Niño. México, Trillas, 1977, 872 p.

- MUSTARD, STEBBINS. Introducción a la Salud Pública.
México, La Prensa Médica Mexicana, 1975, s/d.
- NAJERA PEREZ, HUMBERTO. Educación y Desarrollo Emocional - del Niño. Tr. por Carolina Amor de Fournier.
México, La Prensa Médica Mexicana, 1975, 158 p.
- NATHAN, PETER E. y SANDRA L. HARRIS. Psicopatología y Sociedad. México, Trillas, 1983, 552 p.
- OSORIO AUGUSTO CESAR y NIETO. El Niño Maltratado.
México, Trillas, 1987, s/d.
- PANCHERI, PAOLO. Manual de Psiquiatría Clínica.
México, Trillas, 1987, 392 p.
- PEREZ DE FRANCISCO, CESAR. La Actitud Psicossomática en Medicina. México, Armstrong Laboratorios de México, 1974, 217 p.
- PEREZ RINCON, HECTOR G. Salud Mental.
México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Vol. 3, Año 3, No. 2, 1980, 217 p.
- PETRILLO, MADELINE y SIRGAY SANGER. Cuidado Emocional del Niño Hospitalizado. México, La Prensa Médica Mexicana, 1975, 318 p.
- PINEDA FLORES, LUIS ANTONIO y otros. Selección y Entrenamiento de Monitores en Hospitales Psiquiátricos.
México, Trillas, 1987, 183 p.
- PICK DE WEISS, SUSAN y JOSE ANGEL AGUILAR. Planeando tu Vida.
México, PAX México, 1989, 218 p.
- RANGEL RIVERA, LUIS G. y otros. Aspectos Médico Sociales de la Adolescencia. México, Ediciones del Instituto Sintex, 1982, 73 p.
- RANGEL FAZ, JOSE ANTONIO. Suicidio en los Adolescentes. (Tesis) México, Universidad Iberoamericana, 1984, 152 p.
- RAU FERGUSON, LUCY. Desarrollo de la Personalidad.
México, El Manual Moderno, 1979, s/d.
- RIBES IRESTA, EMILIO. Técnicas de Modificación de Conducta.
México, Trillas, 1984, 283 p.
- SPOCK, BENJAMIN, MARION LERRIGO. El Cuidado del Niño Lisaído. México, La Prensa Médica Mexicana, 1967, s/d.

- STROMMEN, ELLEN A. ET. AL. Psicología del Desarrollo, Edad Escolar. México, El Manual Moderno, 1985, 153 p.
- STENGEL, ERWIN. Psicología del Suicidio y los Instintos - Suicidas. Buenos Aires, Paidós, 1965, 177 p.
- WOLF, SULA. Trastornos Psíquicos del Niño. México, Siglo XXI, 1985, 269 p.

A N E X O

Anexo: Etapas del Desarrollo Infantil y Adolescente.

Etapa	Del Mes al año.	Del año a 1 1/2 años.	De 1 1/2 a 2 1/2 años.	De 2 1/2 a 4 años.	De 4 a 12 años.	De 12 a 18 años.
	0-1 años	1-2 años	2-3 años	3-4 años	4-12 años	12-18 años
	Infancia	Infancia	Infancia	Infancia	Latencia	Adolescencia
2221. de los Estados Unidos	Placer en chupar. Satisfacer hambre, nutricional y estética.	Placer en controlar el cuerpo. Retener. Enjuagar.	Placer en el descubrimiento de los genitales.	Amor (sensual) hacia el padre del sexo opuesto. Temor y odio al otro.		Conflicto de relaciones incestuosas y homo-bisexuales.
Apretón	Escribir. Morder. Gritar.	Aventar. Destruir. Berrinches. Pelear. Enjuagar.	Expresada física y verbalmente.	Competitividad. Conducta intolerable.	Normalmente agresiva. Conductas autoafirmativas.	Sentimientos agresivos expresados por los conflictos.
Motor	Voltearse. Sentarse. Gatear. A veces caminar.	Control Postural. Correr. Comer solo. Entrenar esfuerzos.	Control Postural mayor. Vestirse solo.	Interesado en juegos organizados.	Más interesado en deportes organizados.	Desarrollado en su totalidad.
Palabras disyllab.	Palabras disyllabas.	Palabras y frases cortas.	Puede expresar sentimientos.	Expresa hechos y sentimientos.	Desarrollado.	Desarrollado.
Introyección. Proyección. Identificación proyectiva.	Introyección. Proyección. Identificación proyectiva.	Introyección. Formación reactiva. Identificación con el agresor.	Identificación.	Sublimación. Represión.	Racionalización.	Intelectualización.
Impaciencia. Dependencia.	Orden. Necesidad. Limpieza.	Orden. Necesidad. Limpieza.	Curtisidad. Exhibicionismo.	Competitivo.	Cansas de aprender. Menor emotividad.	Inconsistente. Narcisista.
Simbólica. Satisfacción de necesidades. Ansiedad a extraños.	Constancia (objeto). Relaciones ambivalentes.	Constancia (objeto). Relaciones ambivalentes.	Necesidad de Atención.	Triangulares. Edípicas, centradas al objeto amuroso.	Importancia dada a compañeros y adultos fuera de casa.	Fuera de ligas incestuosas.
Confianza contra Desconfianza.	Autonomía contra Vergüenza.	Autonomía contra Vergüenza.	Iniciativa contra Culpa.	Iniciativa contra Culpa.	Industria contra Inferioridad.	Identidad - Confusión. Intimidad. Aislamiento. Generalidad - Estancamiento.
Sensorio Motor. Reflejo L. Primario. Coordinación. Internalización del esquema sensorio-motriz.	Sensorio Motor. Reflejo L. Primario. Coordinación. Internalización del Esquema sensorio-motriz.	Sensorio Motor. Reflejo L. Primario. Coordinación. Internalización del Esquema sensorio-motriz.	Preoperacional. Pensamiento intuitivo. Conceptos de experiencias.	Preoperacional. Pensamiento intuitivo. Conceptos de experiencias.	Operacional. Concreta. Plena Problemas. Clasifica. Organiza.	Operacional - Formal. Comprensión. Abstracción. Idealismo.

(El presente cuadro fué elaborado por el autor en base a la revisión de los autores citados).