

EL NIÑO EN EL HOSPITAL¹

Para dar un tratamiento satisfactorio al niño que se halla hospitalizado y evitarle toda reacción posterior perjudicial, como consecuencia de su estancia en el hospital, no basta con atenderle físicamente: se ha comprobado que hay que hacer mucho más. Apenas habrá quien dude que el mejor lugar para cuidar a un niño es su propio hogar pero cuando el ingreso en un hospital es imprescindible, debe tenerse buen cuidado de evitar los trastornos afectivos y los problemas psicológicos a que pudiera dar lugar la hospitalización. Debidamente utilizada, la experiencia en el hospital puede incluso contribuir al desarrollo emocional del niño; mal dirigida, puede causar perjuicios psicológicos irrisparables.

El problema del niño en el hospital, sus repercusiones sobre la formación profesional de pediatras, psiquiatras y demás especialistas, y la coordinación de los servicios sanitarios que se ocupan del niño en el hospital, fueron los tres temas discutidos por un grupo de estudios que se reunió a primeros de septiembre de 1954 en Estocolmo bajo los auspicios de la Oficina Regional de la OMS para Europa.² Este grupo, compuesto de 20 pediatras, 10 psiquiatras, un psicólogo y un auxiliar médicosocial, no se proponía formular directrices para una actuación general, sino celebrar un intercambio de experiencias, hacer conocer mejor los aspectos psicológicos de la enfermedad y estimular un mayor interés por los mismos. Como ejemplo de diversos aspectos del problema y como base de discusión, se utilizaron seis historias clínicas.

Las conclusiones generales que se exponen a continuación no deberán interpretarse como definitivas ni completas, y es evidente que requieren una modificación cuidadosa en consonancia con los servicios disponibles y con las circunstancias variables de los distintos países.

¹ Tomado de *Crónica de la Organización Mundial de la Salud*, enero, 1955, p. 6.

EL NIÑO COMO PACIENTE DE HOSPITAL

El ingreso

El niño de corta edad es incapaz de comprender lo que es la enfermedad. Incluso para un adulto, que se hace cargo de que esta situación ocasional cesará un día u otro, el ingreso en el hospital constituye un acontecimiento importante. Pero el niño pequeño no tiene noción del tiempo y para él esta interrupción es definitiva, a menos que posea medios tangibles que le hagan ver que no es así. Además, el niño puede creer que le hospitalizan porque sus padres ya no le quieren y puede conservar durante toda su vida temores latentes de esta índole. Por consiguiente, si hubiese manera de hacerlo, es de la mayor importancia preparar emocionalmente al niño para su ingreso en el hospital, cuidadosamente planeado por el servicio de pediatría, teniendo en cuenta los antecedentes de su hogar y lo que se propone conseguir con su hospitalización.

Claro es que los ingresos de urgencia presentan un problema distinto. Lo primero y principal es resolver el aspecto físico del caso. Generalmente, la situación es angustiosa: los padres necesitan que se les den ánimos y ayuda; y al niño habrá que darle más tarde ocasión de que disipe por completo sus temores, tanto en el hospital como después de regresar a su hogar.

El grupo de estudios examinó con todo detenimiento la disyuntiva de si era aconsejable o no que la madre ingrese en el hospital con el niño. Se mencionaron los buenos resultados conseguidos en un hospital quirúrgico de Nueva Zelanda, donde todos los niños van acompañados por sus madres y son asistidos completamente por ellas, salvo mientras permanecen en el quirófano. Tal vez fuese bueno que los niños de corta edad estuviesen con sus madres durante su permanencia en el hospital, siempre que el pediatra y el psiquiatra consideren que esto redundaría en beneficio del niño; en los demás

casos, las madres pueden pasar con sus hijos, por lo menos, el primer período de estancia en el hospital para ayudarles a adaptarse a la nueva situación.

En todos los casos—permanezca o no la madre con el niño—la acogida de este último debe estudiarse cuidadosamente y que él note que se aprecian debidamente sus sentimientos. Deberá dejarse al niño que conserve el juguete que le recuerda su casa, y no se le deberá desnudar u obligarle a que tome un baño recién llegado, si esto le asusta. El personal del hospital, al ayudar al niño en su separación de sus padres, deberá evitar todo engaño porque el niño necesita sobre todo sentir confianza en las personas que van a cuidarle.

La vida en el hospital

El ambiente del hospital puede contribuir mucho a la facilidad con que los enfermitos se adaptan a la vida en el mismo. Desde un punto de vista ideal, las salas deberían ser de proporciones reducidas, con cortinas y mobiliario que agraden a los niños y que sean parecidos a los que suele haber en sus hogares. Habrá que tratar por todos los medios de dar al hospital un aspecto lo más hogareño posible.

El médico o la enfermera que cuida a los niños debe comprender la necesidad de prescindir de toda norma reglamentaria que no sea absolutamente precisa y que pudiera doler o asustar al niño. Todas las normas del hospital deberán examinarse pensando en lo que pueden significar para el niño que va a ser sometido a ellas.

Lo más importante es crear en la sala la debida atmósfera afectiva. Separado de su ambiente casero, el niño necesita el apoyo de algún elemento familiar que le produzca cierta sensación de seguridad. Hasta donde lo permitan las exigencias del servicio, hay que tratar de que cada niño esté al cuidado de una sola enfermera a la cual se acostumbre durante toda su enfermedad. También es conveniente, cuando ello sea posible, que el médico que atienda al niño en el departa-

mento de consultas y en la sala del hospital sea siempre el mismo.

La actitud respecto a la visita de los padres varía sensiblemente de un país a otro y de un hospital a otro. En contraste con algunos países de Europa y de las Américas donde se considera bueno que el niño “aprenda a vivir”, en Italia nunca se han prohibido las visitas, salvo en casos aislados en que se estimaba que eran perjudiciales para el niño. En el Africa oriental, entre los pueblos que se hallan más “cerca de la naturaleza”, nunca se deja solo a un niño mientras permanece en el hospital: su madre, o cualquier otro miembro de su familia, está día y noche a la cabecera de la cama y a veces están con él todos sus parientes.

Uno de los argumentos en contra de las visitas ha sido siempre el peligro del contagio recíproco, pero una investigación llevada a cabo en el Reino Unido no proporcionó indicaciones positivas de que las visitas de los adultos aumenten la infección. Teniendo en cuenta estos y otros factores semejantes, el grupo de estudios se inclinó generalmente en favor de las visitas.

Existen ciertos problemas prácticos que es preciso examinar si han de permitirse las visitas. En los grandes hospitales habrá que escalonar el horario de aquéllas para evitar la aglomeración. En general, las visitas se consideran más bien como una acción terapéutica, teniendo en cuenta la relación del niño con su familia y la actitud de los padres hacia él.

Las madres se ajustan mejor a la vida en las salas cuando se les da algo que hacer: deberá animárselas a que jueguen con el niño, a que le den a comer o a que le bañen, a que le lean un cuento y a que le arropen en la cama a la hora de dormir. El padre también es una visita valiosa para los niños de más edad, cuando existe entre ellos lazos cordiales; y, a menudo, los niños aprecian las visitas de sus amiguitos de la misma edad.

En los casos de larga permanencia, es más difícil mantener las relaciones familiares, especialmente si el hospital se halla alejado del domicilio del enfermo; pero hay que hacer

todos los esfuerzos posibles para conseguir que se mantenga el contacto. Las niñeras encargadas de juegos o las visitadoras locales pueden ayudar a aliviar el problema, aunque ni unas ni otras pueden llenar el vacío de los padres.

El alta

En los hospitales de pediatría bien organizados, donde el personal es comprensivo y donde existen salas de juegos y otros medios para el niño autorizado a levantarse de la cama, el enfermito puede sentirse reacio a volver a su casa. Es posible que encuentre en el hospital más afecto, más distracciones y mayor sensación de seguridad que en su propio hogar. Si, por el contrario, el hospital no es tan agradable, pueden quedar celos y pesares en la mente del niño. En uno u otro caso, su idea de que la permanencia en el hospital se debe a que los padres ya no le quieren deberá tratarse con suma delicadeza. La comprensión del estado afectivo de un niño enfermo es tan importante al ser dado de alta como al ingresar en un hospital.

El pediatra deberá discutir las posibles consecuencias con los padres, de manera que éstos puedan conocer el modo de ayudar al niño a readaptarse a la vida del hogar. A veces, si el niño ha permanecido en el hospital durante mucho tiempo, conviene que la madre vaya a pasar algunos días con él antes de ser dado de alta. Otra solución es que el niño realice gradualmente la transición a la vida del hogar, yendo al principio un día a casa y luego, los domingos, antes de regresar definitivamente. El auxiliar médicosocial y la enfermera de sanidad pública pueden prestar una ayuda valiosa, ya que, por conocer la situación en el hogar, pueden hacer que se restablezcan con toda suavidad las buenas relaciones entre el pequeño paciente y su familia.

FORMACION DEL PERSONAL QUE HA DE TRABAJAR CON LOS NIÑOS EN UN HOSPITAL

En el curso de sus discusiones, el grupo de estudios puso de relieve que, para tratar

debidamente al niño en el hospital, lo que se necesita es una síntesis de los conocimientos actuales, una coordinación de las disciplinas pertinentes y una clara comprensión de la vida de familia y del desarrollo del niño, cosa que se descuida con demasiada frecuencia en los estudios médicos. Debe verse al niño como un todo orgánico y también en sus relaciones con el medio en que se desenvuelve.

Se examinó con cierto detenimiento la formación profesional de tres tipos especiales de personal: el pediatra, el psiquiatra infantil y la enfermera de pediatría; y se discutió especialmente la del psicólogo infantil y la del asistente social psiquiátrico, en función del papel que desempeñan como miembros del equipo psiquiátrico. Por razones obvias, las conclusiones a que se llegó no son de aplicación general. Cada país sólo puede resolver su problema teniendo en cuenta sus propias necesidades y la plantilla del personal adscrito al cuidado de los niños en el hospital.

El pediatra

La actitud más conveniente a adoptar frente al niño enfermo es observar atentamente el modo de trabajar de un pediatra experto y capaz: así debiera iniciarse al alumno en la técnica de la asistencia a los niños enfermos. Observando la manera como el pediatra establece contacto con el niño, el alumno aprende que no se trata de un adulto en miniatura y que hay que tratarle de modo distinto, cual corresponde a su edad y a su comprensión. También así se da cuenta de que el tratamiento del niño comienza en la entrevista inicial y que cada ademán influye en el éxito del tratamiento.

Con el fin de hacer que se adopte una postura más comprensiva para con el paciente individual, es preciso que los diversos departamentos dedicados a la enseñanza médica trabajen al unísono. Por ejemplo, deberá darse ocasión al alumno pediatra para que trabaje en el equipo psiquiátrico de un hospital infantil. De no ser posible, después de estudiar al niño normal conviene

que el alumno permanezca un año en un departamento de psiquiatría infantil, en una clínica de orientación de la infancia o en ambos, de modo que se acostumbre a los problemas de la conducta y a los trastornos psíquicos de los niños, estudiando su normal desarrollo físico y mental y, a renglón seguido, las desviaciones de dicho desarrollo y los males a que puede verse sometido el niño. El pediatra puede delimitar su función y saber qué pacientes puede tratar y cuáles son los que necesitan una asistencia más especializada. Y en suma, estará en condiciones de ocupar el puesto que le corresponde: el de recopilador de los conocimientos actuales acerca del niño sano y del niño enfermo.

El psiquiatra infantil

Como el pediatra, el psiquiatra infantil necesita cierta experiencia acerca del trabajo de su colega, con objeto de conseguir una idea completa del niño-paciente. Deberán dársele oportunidades para trabajar en un centro pediátrico donde se le pueda enseñar la "dinámica del crecimiento y del desarrollo, y aprender directamente las distintas fases de la primera y de la segunda infancia". Si es posible, deberá además estudiar al niño no sólo en el hospital sino en el jardín de la infancia y en el ambiente familiar.

La formación del psiquiatra infantil deberá comprender conocimientos básicos de etnología y sociología aplicadas. A este respecto, conviene observar que las diferencias en la formación social y cultural, de un país a otro, hacen que la psiquiatría sea una disciplina difícil de transmitir, y que la formación dada en un país pueda no servir siempre para la necesidades de otro.

Otra cuestión, debatida por el grupo de estudios, fué si el psicoanálisis debería o no incorporarse a la formación del psiquiatra infantil. Se llegó a la conclusión de que, por lo menos, son esenciales algunos conocimientos teóricos del psicoanálisis, y que a menudo es oportuno contar con una experiencia personal del mismo.

En resumen, el grupo de estudios estimó

que la formación especial del psiquiatra infantil debería comprender: 1) conocimientos de las características particulares de la conducta y del desarrollo afectivo, 2) formación pediátrica cuidadosamente planeada, 3) práctica del diagnóstico y tratamiento, tanto de adultos como de niños, como consecuencia de su preparación psiquiátrica y neurológica, y 4) experiencia personal de psicoanálisis, a menos que se halle contraindicada o que no sea factible. Un miembro del grupo explicó la necesidad de tan extensa y variada formación y añadió que:

"El problema de las enfermedades mentales en muchos países de Europa tiene en la actualidad una magnitud semejante al de las enfermedades físicas en las zonas tropicales del mundo. Se siente agudamente la necesidad de contar con especialistas para resolverlo. El público profano ejerce una presión intensa. Son escasas las posibilidades de poder prestar una ayuda calificada. Parece importante que los especialistas relativamente escasos que existen, además de ser clínicos, puedan tener ocasión de actuar indirectamente, interviniendo en la formación de los futuros médicos. Para esta tarea tienen que poseer la mejor formación y calificación posibles."

La enfermera pediátrica

La enfermera que trabaja con los niños necesita una preparación especial, dedicando la debida atención al estudio comprensivo del desarrollo del niño, así como de las enfermedades y su tratamiento. El grupo de estudios puso de relieve la conveniencia de mejorar la situación de la enfermera, aceptándola como una unidad del equipo pediátrico, haciéndola intervenir en conferencias y discusiones y mejorando su formación y su estipendio.

Como parte de su formación, la enfermera pediátrica debiera comprender los aspectos psicológicos de la enfermedad; darse perfecta cuenta de la responsabilidad que contrae al sustituir a los padres del niño hospitalizado y de lo que esto significa tanto para ella como para el enfermito, ya que puede llegar a enamorarse del papel de madre y tomarlo demasiado en serio, creando de este modo

nuevos trastornos afectivos. Si durante su período de formación la enfermera comprende los aspectos psicológicos de su futura labor, estará en mejores condiciones de hacer frente a las situaciones a medida que se presenten.

Las enfermeras a las cuales es más difícil hacer adoptar una actitud individual y humana frente a los niños en el hospital son aquéllas que son demasiado estrictas en el cumplimiento de las normas del establecimiento. Hay que darles una nueva orientación, a fin de que adopten una actitud menos rígida en su trato con los niños: enseñarles, en suma, a "humanizar" su misión en el hospital.

El grupo de estudios sugirió diversas medidas prácticas para aliviar la escasez de enfermeras, entre ellas, el uso de personal auxiliar para ciertas funciones que no requieren una formación especial, y la preparación a corto plazo de enfermeras auxiliares con el mismo fin. También se mencionó, como digna de ser estudiada, la posibilidad de utilizar los servicios de enfermeros para la asistencia de los niños.

COORDINACION DE LOS SERVICIOS PEDIATRICOS Y PSIQUIATRICOS

Basándose en cierto número de historias clínicas, el grupo de estudios examinó métodos para coordinar los servicios de pediatría y psiquiatría. El punto principal era el siguiente: "¿Cuándo debería el pediatra recurrir al psiquiatra?" Se convino en que cuando parezca probable que un caso va a ser crónico y se halla evidentemente asociado a factores afectivos —de lo cual son ejemplos comunes los que se dan en los niños que padecen de asma—el psiquiatra deberá ser consultado en el momento del diagnóstico, ya que un diagnóstico cuidadoso es efectivamente el primer paso en el tratamiento. Se citó un ejemplo de una policlínica para casos asmáticos en Helsinki, donde forman parte

del personal un psiquiatra y un asistente social, que examinan todos los casos y se ocupan del tratamiento a domicilio, siempre que la investigación lo justifique. Los resultados han sido de lo más satisfactorio.

Un método de coordinar servicios es el que se designa con el nombre de "visita múltiple", debido a que el pediatra va acompañado en su recorrido de la sala por otros miembros del equipo, tales como un psiquiatra, un psicólogo y un asistente social.

La reciprocidad de relaciones entre el departamento de pediatría y el de psiquiatría fué ampliamente discutida por el grupo de estudios y se convino generalmente en que la primera consideración es evitar graves enfermedades psiquiátricas gracias a los oficios del pediatra, el médico de cabecera, la enfermera visitadora y los servicios de protección maternoinfantil. Le sigue en importancia la coordinación de los servicios de pediatría y psiquiatría, de modo que los trastornos mentales puedan ser identificados y tratados precozmente. La prevención y pronta identificación de una enfermedad psiquiátrica puede ayudar mucho a aliviar el exceso de trabajo que pesa sobre los psiquiatras calificados, que tanto escasean. Para hacer frente a las necesidades actuales, el psiquiatra infantil deberá actuar como consultor y asesorar al pediatra en ciertos casos, del mismo modo que lo hacen el radiólogo o el patólogo. En otros, cuando esté indicada la psicoterapia, deberá hacerse cargo del enfermo por completo, aunque con la colaboración constante del pediatra, según se indica. Cuando el equipo de psiquiatría infantil sea independiente, deberá estar situado en el departamento pediátrico, de tal modo que se facilite el intercambio de asistencia en ambas direcciones.

Sólo por medio de la coordinación de los diversos especialistas que intervienen en la asistencia a los niños, puede lograrse la completa comprensión del niño-paciente y dársele el tratamiento que necesita.